

Les suppurations aiguës primitives développées dans la gaine du psoas-iliaque

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER)

(M. LE PROFESSEUR P. LOMBARD)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 MARS 1936

PAR

COHEN SOLAL LÉON

Interne des Hôpitaux

né le 14 Août 1909 à Alger

MEMBRES DU JURY

M. LOMBARD, Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie	} Président Juges
M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale	
M. CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique.....	
M. BENHAMOU, Agrégé (Médecine)	

Les suppurations aiguës primitives développées dans la gaine du psoas-iliaque

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET D'ORTHOPÉDIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER)
(M. LE PROFESSEUR P. LOMBARD)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 MARS 1936

PAR

COHEN SOLAL LÉON

Interne des Hôpitaux

né le 14 Août 1909 à Alger

MEMBRES DU JURY

M. LOMBARD, Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie	Président
M. COSTANTINI, Professeur de Clinique Chirurgicale	Juges
M. CABANES, Professeur de Clinique Gynécologique	
M. BENHAMOU, Agrégé (Médecine)	

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN
DOYEN HONORAIRE
ASSESEUR

MM. LEBLANC (* ,  , I. ) .
HERAIL (* , I. ) .
PINOY (* , I. ) .

PROFESSEURS

Clinique Médicale
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale
Botanique et matière médicale
Clinique médicale et Hygiène infantile.....
Médecine légale
Clinique obstétricale et puériculture du 1^{er}
âge
Anatomie
Thérapeutique
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-
pédie
Chimie biologique et médicale
Pharmacie
Microbiologie et cryptogamie
Clinique psychiatrique
Physique médicale
Anatomie pathologique
Clinique des maladies des pays chauds, des
maladies syphilitiques et cutanées
Parasitologie et zoologie médicale
Physiologie
Hygiène, hydrologie et climatologie.....
Histologie et embryologie
Chimie générale pharmaceutique et toxico-
logie
Clinique ophtalmologique

MM. AUBRY (O. * ,  , I. ) .
CABANES (* ,  , I. ) .
COSTANTINI (* ,  , I. ) .
FOURMENT (A.  , ) .
GILLOT (I. ) .
GIRAUD (O. * ,  , I. ) .

LAFFONT (* ,  , I. ) .
LEBLANC (* ,  , I. ) .
LEBON (* ,  , A. ) .

LOMBARD (* ,  , I. ) .
MAILLARD (* , I. ) .
MUSSO () .
PINOY (* , I. ) .
POROT (I. ) .
PORTES (* ,  , I. ) .
POUJOL (* ,  , I. ) .

RAYNAUD (* ,  , I. ) .
SEVENET ( , I. ) .
TOURNADE (O. * ,  , I. ) .
WEBER (* ,  , I. ) .
N...

WUNSCHENDORFF (I. )
N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. COURRIER (* ,  , A. ) , agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD, (* ,  , I. ) .

M. HERAIL (* , I. ) .

CHARGES DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie

H. ABOULKER (* ,  , A. )

AGREGES

Médecine.....
Histologie
Chirurgie
Obstétrique
Anatomie pathologique
Anatomie
Chimie médicale
Histoire naturelle pharmaceutique
Physiologie

MM. BENHAMOU (* ,  , A. ) .
LACROIX (A. ) .
COURRIER (* ,  , A. ) .
DUBOUCHER (I. ) .
FERRARI (I. ) .
MOGGI (* , A. ) .
HOUEL (* ,  , A. ) .
MONTPELLIER (I. ) .
RIBET (A. ) .
N...
N...
N...

AGREGE LIBRE

Physiologie M. BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opi-
nions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

1. *Tuberculose ulcéro-fibreuse pseudonéoplasique de l'intestin grêle.*

Le Praticien du nord de l'Afrique, 15 avril 1931,
n° 27, pp. 195-209.

2. *A propos de deux observations de sarcomes du sein.*

Le Praticien du nord de l'Afrique, 15 janvier 1932,
n° 34, pp. 16-23 — 15 février 1932, n° 35, pp. 85-91.

3. *L'ostéomyélite des apophyses épineuses (en collaboration avec D^r F. LAGROT).*

Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil
moteur, tome XIX, 4 juillet 1932, pp. 311-318.

Travail de la clinique chirurgicale infantile d'Alger
(Prof. P. LOMBARD).

4. *A propos d'un phlegmon du pied propagé à la jambe (en collaboration avec D^r F. LAGROT. — Travail de la clinique chirurgicale infantile de la Faculté d'Alger (Prof. P. LOMBARD).*

Presse médicale, 21 septembre 1932, pp. 1432-1435
(3 figures).

5. *L'appendicite gangréneuse chez l'enfant (en collaboration avec D^{rs} F. LAGROT et F. CHARLES). — Travail de la clinique chirurgicale infantile d'Alger (Prof. P. LOMBARD).*

Algérie médicale, septembre 1932, pp. 563-597.

6. *Sciaticque chez un adulte porteur de spina-bifida-occulta. Laminectomie. Guérison. (En collaboration avec D^{rs} BENHAMOU, LAGROT, ARNAUD).*

Communication à la Société de Médecine d'Alger,
Séance du 29 janvier 1932.

Algérie médicale, septembre 1932, pp. 612-615.

7. *Bassin assis (en collaboration avec P^r LAFFONT).*

Communication à la Société d'obstétrique d'Alger,
séance du 11 juin 1933.

Algérie médicale, janvier 1934, pp. 33-37.

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, n° 8,
octobre 1933, pp. 651-656 (3 figures).

8. *Un cas de monstruosités foetales* (en collaboration avec D^r FULCONIS). — *Présentation de pièces.*

Communication de la Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, séance du 11 juin 1933.

Algérie médicale, janvier 1934, pp. 41-44.

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, n° 8, octobre 1933, pp. 661-665 (3 figures).

9. *Les formes douloureuses du spina-bifida-occulta lombo-sacré et leur traitement, en particulier à propos d'une observation de sciatique chez un adulte porteur de spina-bifida-occulta, guérie par laminectomie* (en collaboration avec D^r LAGROT) — Travail de la clinique chirurgicale infantile de la Faculté d'Alger (P^r P. LOMBARD) et service du D^r BENHAMOU).

Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur (XXI, 3 mai 1934, pp. 193-218 (20 figures).

10. *Les psôitis chez l'enfant et l'adolescent. — Etude clinique et thérapeutique* (travail de la clinique chirurgicale infantile d'Alger (Prof. P. LOMBARD).

Algérie médicale, juillet 1934, numéro chirurgical, pp. 475-484.

11. *Un cas d'achondroplasie* (en collaboration avec D^r LAQUIÈRE et FULCONIS).

Communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger, séance du 9 juin 1934.

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, n° 9, novembre 1934, pp. 623-626 (1 figure).

12. *Syndrôme de contracture musculaire avec affaissement des corps vertébraux par ostéite fibreuse* (en collaboration avec MM. le Professeur P. LOMBARD, le Professeur agrégé J. MONTPELLIER, le D^r LAGROT).

Compte rendu au 2^e Congrès International de chirurgie orthopédique, Londres, 19-22 juillet 1933.

13. *La radiographie dans les péritonites par perforation* (en collaboration avec MM. le Professeur LOMBARD, et le D^r F. MORAND).

Algérie médicale (numéro chirurgical), juin 1935, pp. 455-457.

14. *Sacrolysthésis transitoire* (en collaboration avec M. le Professeur LOMBARD).

Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur, XXII, 6 décembre 1935, pp. 669-674.

Je dédie cette thèse :

A MA MERE, A MON PERE

A MES FRERES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LOMBARD.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur H. COSTANTINI

Monsieur le Professeur E. CABANES

Monsieur le Professeur Agrégé E. BENHAMOU

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage d'élève

- 1928 M. le P^r LOMBARD.
1929 M. le P^r ARDIN-DELTEIL (in memoriam).
M. le P^r LOMBARD.

Externat

- 1930 M. le P^r LOMBARD.
M. le P^r GILLOT.

Internat

- 1931 M. le D^r Ch. ABOULKER.
M. le P^r LOMBARD.
1932 M. le P^r H. ABOULKER.
M. le P^r Agrégé BENHAMOU.
1933 M. le P^r LAFFONT.
M. le D^r LOUBEYRE.
1934 M. le P^r CABANES.
1935 M. le P^r LOMBARD.
M. le P^r COSTANTINI.

INTRODUCTION

Au cours des nombreuses longues périodes de notre vie d'hôpital passées dans le service de la Clinique Chirurgicale infantile de la Faculté d'Alger, nous avons pu observer, et voir traiter plusieurs enfants, quelques adolescents, atteints de suppurations aiguës isolées siégeant dans la gaine aponévrotique du muscle psoas-iliaque. La localisation *élective* de germes pyogènes, dans ce muscle nous semblait un problème :

Comment ? à la faveur de quelle lésion préexistante, favorisante ou déterminante, des microbes peuvent-ils y pénétrer et se développer ?

Il est vraisemblable, et conforme aux conceptions les plus courantes et les plus simples, d'admettre qu'il doit y avoir une étape bactériémique de l'infection, souvent fugace ou inapparente cliniquement. Les lésions pneumococciques des très jeunes enfants sont certainement de ce type. Les rares localisations éberthiennes aussi. Elles sont une minorité.

Pourquoi le germe se fixe-t-il avec prédilection, *primitivement*, dans le muscle psoas-iliaque, quand il a — il s'agit surtout du staphylocoque doré — une affinité si caractérisée pour les régions juxta-conjugales, métaphysaires, du squelette ? Est-ce alors seulement la complication d'une ostéomyélite vertébrale ou iliaque, tellement minime qu'elle pourrait échapper à

toute vérification clinique ou opératoire, et même radiologique ?

Ou bien le psoas peut-il fixer une infection ascendante, par voie lymphatique partie de lésions infectées superficielles du membre inférieur, régulièrement compliquées d'adénites inguinales et sous-péritonéales, et si souvent rencontrées au cours de nos observations de suppurations ilio-psoïques ? Par un privilège singulier, le psoas-iliaque contient-il une organisation lymphoïde systématisée ?

Nous avons cherché à trouver une solution, en étudiant d'abord complètement les psoïtis aiguës. (1)

Nos classiques actuels étaient entièrement muets sur la question de suppurations aiguës du psoas et de l'iliaque. Une très brève mention, au cours de l'étude des complications de l'appendicite, des ostéites iliaques, de l'évolution des hématomes des muscles. En une ligne, ou deux ; en un court paragraphe pour les plus prolixes, les auteurs exposent très vite que le psoas peut être le siège de suppurations parties des organes voisinant avec lui dans le très long trajet lombo-abdomino-trochantérien qui fait son individualité anatomique et explique la multiplicité et la diversité des suppurations pouvant se déverser dans l'entonnoir aponévrotique.

(1) Le terme *psoïtis* devrait, en toute rigueur, n'être réservé qu'aux lésions proprement musculaires, aux seules myosites du psoas. Cependant, conformément à l'usage, nous l'emploierons pour désigner toutes les suppurations aiguës développées à l'intérieur de la gaine aponévrotique iliaque de quelque origine qu'elles soient.

tique iliaque. Le diagnostic des suppurations iliaques, des arthrites de la hanche, contient quelquefois une esquisse rapide du tableau clinique de « la psoïtis ». Point d'étude d'ensemble, pas de vue générale.

J. Poucel, chirurgien des Hôpitaux de Marseille, écrit en 1929 : « Cette affection dont l'allure est si spéciale, si caractérisée, est, je ne sais pourquoi passée sous silence dans bien des traités. Ce n'est pas que l'on en méconnaisse l'importance. On consacre des chapitres à des questions autrement moins considérables : on la discute à propos du diagnostic de la coxalgie. Mais, si désirant de plus amples renseignements, on cherche à la table, on s'aperçoit que la psoïtis a été tout bonnement oubliée. En chirurgie infantile, on étudiera la maladie de Kohler et l'on ne passera pas sous silence la moindre apophysite. Mais la psoïtis, comme s'il y avait une conspiration de l'oubli, ne sera même pas nommée. Les excellents traités de Broca et d'Ombredanne, si précieux à tant de points de vue, ont la même lacune ».

Nous avons donc commencé par rechercher dans la littérature l'histoire des psoïtis aiguës. Nous avons lu tout ce que nous avons pu trouver de publié, analysé toutes les observations produites, étudié et confronté les opinions émises. Une moisson abondante et un peu disparate, à vrai dire, fut le résultat premier, consigné dans le chapitre d'Historique.

Il nous a fallu ensuite choisir, parmi les faits cités. Car nous avons d'abord été frappé de voir réunir et ranger au nom de la clinique sous une rubrique com-

mune, des observations extrêmement diverses, et du point de vue anatomique, et du point de vue pathogénique. La réaction du psoas à toutes les inflammations qui l'atteignent, directement, ou dans son immédiat voisinage, est la mise en flexion du membre inférieur sur le tronc. Ce signe, toujours évident, « le signe du psoas » de Guillaume Mauquet de la Motte, on lui a donné une valeur séméiotique primordiale des « psoïtes », qu'il s'agisse d'un abcès froid tuberculeux rachidien, d'une suppuration septico-pyohémique du muscle, de la propagation postérieure d'un plastron appendiculaire, ou paramétritique. Et à tort... Au point qu'on trouve écrit que tel malade, au cours d'une appendicite « avait du psoïtis », que tel autre « faisait un psoïtisme ascaridien », parce qu'au cours de l'observation clinique la cuisse a été trouvée en flexion sur le bassin.

Les définitions qui ont été données des psoïtis, sont de ce fait très équivoques. C'est l'origine d'une confusion certaine, et pénible, dans les descriptions. Dans le début de l'étude des psoïtis, c'est une véritable pathologie régionale qui est faite, une sorte de syndrome commun de la psoïte. Plus tard, petit à petit, ce grand groupe se démembre...

La propagation naturelle, inéluctable par raison de continuité anatomique, des suppurations voisines, à la gaine du psoas, sépare les psoïtis secondaires des formes particulières, un peu mystérieuses, où l'abcès ilio-psoïque fait toute la maladie, et à l'étude desquelles nous avons borné ce travail.

L'individualité des suppurations électives, primitives, se précise. Mais leur pathogénie est obscure.

Alors, au problème qui s'est posé à nous, de nombreux auteurs ont répondu par des hypothèses, que nous exposerons.

La découverte faite, l'année dernière, par Bolté dans le Laboratoire d'Anatomie du Professeur H. Rouvière, de l'existence de nodules lymphatiques dans l'épaisseur des faisceaux du psoas est la preuve définitive d'une des explications proposées, l'origine adénitique des suppurations intra-aponévrotiques iliaques. Elle confirme de nombreuses impressions cliniques, et explique beaucoup de l'origine et de l'évolution des psoïtis primitives, nous le verrons.

La thérapeutique des psoïtis primitives est simple, et elle prête fort peu à discussion. La suppuration développée dans la gaine du psoas est toute la maladie. Qu'on vide donc cette gaine du pus qu'elle renferme. En dehors des complications, heureusement rares, une bonne guérison surtout fonctionnelle, est constamment acquise.

Ainsi, notre travail se trouve divisé en quatre parties:

Dans une première partie, nous définissons après un historique, les suppurations aiguës primitives de la loge du muscle psoas-iliaque.

La deuxième partie est l'étude anatomo-clinique de la question.

Dans la troisième partie, nous cherchons à préciser l'étiologie et la pathogénie.

Nous étudions traitement et pronostic dans la dernière partie.

A la fin du rapport qu'il fit en 1931 à la Société Nationale de Chirurgie sur le travail d'Ingelrans et Minne, Monsieur Albert Mouchet déclara :

« J'ai été fort étonné de voir ainsi réhabilitée cette vieille psoïtis dont nous n'entendions plus parler en tant que maladie *primitive*. »

Ce n'est pas une œuvre hautement originale que nous présentons, non plus qu'un jugement irrévocable de la question des suppurations aiguës primitives développées dans la gaine du psoas-iliaque. Et notre sentiment n'est pas d'avoir comblé le vœu de Poucel, écrivant après les lignes que nous avons citées plus haut : « Je me permets de signaler cette anomalie aux auteurs pour que leurs prochaines éditions ne laissent plus subsister cette injuste lacune ».

Pouvons-nous penser avoir réussi dans le dessein de montrer de notre mieux, l'intérêt de l'étude clinique des psoïtis primitives, la place nosographique qu'elles doivent occuper, leur traitement enfin ?

Considérons que notre tâche aura été bien remplie si le mémoire qu'on va lire, remplit utilement ce triple rôle.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Les travaux anciens

« Vers l'an 1585, un jeune homme de 17 ans, descendant d'une montagne fit un faux-pas, tomba sur le dos, et se contusionna fortement la région lombaire du côté gauche, ce qui ne l'empêcha pas de continuer son chemin. Cependant, au bout de quelques jours, la douleur qui avait disparu, se fit sentir de nouveau. Toutes les humeurs s'étaient concentrées à gauche sur l'un des muscles psoas : renfermées dans sa gaine elles se pervertirent et ne tardèrent pas à former un véritable abcès. Le malade fut amené à Galenus qui avoua l'impuissance de son art, et l'exhorta à se préparer à quitter la vie : cependant il lui laissa entrevoir la possibilité de guérir par suite d'une opération. Celle-ci fut décidée et pratiquée : le succès fut si complet que le malade n'éprouva désormais aucune difficulté dans les mouvements de la cuisse, et l'inflexion de la colonne vertébrale. »

Ce texte, tiré d'une lettre écrite en 1682 à Claudius Boucardus par Fabrice de Hilden, est le premier document de la littérature médicale sur les suppurations du psoas. Il contient certes, bien des incertitudes. La « perversion des humeurs » fait, évidemment, sourire, aujourd'hui. Il faut cependant constater que sont notés avec une très grande précision le siège du pus dans l'intérieur même de la gaine iliaque, et la guérison post-opératoire fonctionnelle parfaite, qui est la règle.

En 1742, Guillaume Mauquet, sieur de la Motte, chirurgien juré à Valogne, rapporte dans son « Traité complet de chirurgie » l'histoire, survenue en avril 1686,

« d'un abcès considérable dans le ventre, qui avait intéressé un des muscles psoas, et dont l'ouverture, quoiqu'artistement faite, ne laissa point le pus sortir sur-le-champ, ce qui donna une courte joie aux faux-frères qui assistèrent à l'opération ». Le lendemain, pourtant, par l'incision pratiquée le pus s'écoulait au dehors. De la Motte pouvait triompher. Il expliqua son succès. Quelque temps auparavant, était mort à l'Hôtel-Dieu un malade au sujet duquel les chirurgiens n'étaient point d'accord. En pratiquant l'examen nécropsique, l'on reconnut que le malade avait succombé à un vaste abcès siégeant dans la gaine même du psoas. Lui avait remarqué que toute l'évolution durant, le malade avait gardé sa cuisse fléchie sur le bassin. En inférant de ce signe au diagnostic, à sa seconde rencontre d'une psoïtis il consacre la faveur du signe du psoas (signe de Guillaume de la Motte) et le nom de l'affection. La deuxième édition de son *Traité* de 1771 renferme les relations de quatre cas, diagnostiqués de même manière.

En 1731, Ledran ; en 1750, Ravaton ; Bourienne en 1775, Déramé en 1797 rapportent quelques observations isolées de suppurations du psoas survenues après traumatisme direct du fascia-iliaca (pénétration d'un projectile) ou indirect, rendu responsable d'une rupture du muscle découverte à l'autopsie. L'idée première de la psoïte traumatique est née là. Elle grandit vite et connut longtemps une grande vogue.

Le XVIII^e siècle voit donc naître la psoïtis à la vie clinique. Au cours du XIX^e sa fortune grandit vite.

Trop, peut être. Toutes les suppurations de la fosse lombo-iliaque pourvu que leur symptomatologie clinique comprenne la flexion cruro-abdominale, on les classe comme psoïtis. On en décrit de multiples formes.

Et toute une série d'observations sont publiées, de signification fort variable, Gendrin, en 1826 relate l'histoire d'une lésion psoïque au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Withmore, en 1828, dans le *Journal de médecine et chirurgie* cite la coexistence d'un psoïtis suppuré et d'un abcès stercoral intra-abdominal par perforation colique. Guéneau de Mussy (1831) Kyll de Woesel l'année suivante, Vigla en 1837 signalent les premières observations de psoïtis puerpérales. Lésions traumatiques, disent-ils, produites par les efforts de la parturiente, sans plus préciser, sans mieux définir.

L'origine traumatique, par déchirure musculaire, est encore invoquée par Sédillot dans son « mémoire sur la rupture musculaire », produit à la Société de Médecine de Paris, en 1817. Il y affirme fortement l'importance de la section fibrillaire du muscle comme circonstance déterminante primordiale de sa suppuration principalement pour le psoas, très vascularisé, et de texture fragile.

Lestiboudois en 1818, Husson et Dance en 1827, Menière en 1828 étudient d'ensemble les suppurations phlegmoneuses de la fosse iliaque, mais en dissociant vraiment très mal les suppurations myositiques des autres collections suppurées sus-aponévrotiques ou juxta-aponévrotiques. Toutes les phlegmasies iliaques sont des psoïtis.

Lobstein, en 1833, rapporte la première observation de psoïtis cryptogénétique. De « l'hyperphlogose » du psoas, il fait la cause essentielle, unique des psoïtis. Cette première explication pathogénique n'est qu'un mot qui masque une ignorance. Il faut, cependant, constater que l'auteur se rend compte, le premier, de la singularité de ces lésions inflammatoires *inopinées* du psoas-iliaque, de leur *primitivité*.

Encore quelques observations éparses, de 1830 à 1839. Perrochaud rapporte à la société anatomique, en 1837 un cas très rare de péritonite secondaire par irruption spontanée du pus dans la grande cavité péritonéale. Nous n'en avons pu trouver qu'un seul semblable de publié, et en apportons une observation inédite. Dupuytren, dans ses leçons cliniques de 1839, semble admettre que les phlegmons iliaques ont parfois pour siège la gaine du psoas. Il n'en fait pas une individualité anatomo-clinique : « C'est une des variétés des maladies décrites par les auteurs sous le nom de psoïtis ».

Dawson, à la lumière d'une observation personnelle et d'un cas de Christ Pfenfer, de 1834, revient encore sur l'origine traumatique. Cloquet étudie anatomiquement le trajet des fusées purulentes qu'on peut rencontrer, à partir de la collection aponévrotique iliaque.

C'est Ferrand qui, le premier, dans sa thèse de 1851 pose la question de la suppuration primitive possible, mais inexplicable, du muscle psoas. L'année précédente, le « Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical », de Chassaignac contient la première clas-

sification des collections suppurées iliaques. C'est, du point de vue anatomique et clinique, ce seul travail qui distingue alors le rôle de barrière du fascia iliaca, isolant parfaitement — et individualisant de ce fait — les collections purulentes sous-péritonéales des collections sous-aponévrotiques, seules véritables psoïtes.

Dionis des Carrières, dans sa thèse sur « la myosite » publiée en 1851 fait état des suppurations du psoas, mais n'apporte aucune explication de plus que les travaux de Tessier (1838), Marchal (1844), Guérin en 1847, consacrés à l'étude de la diathèse purulente, entité clinique et nosologique rendue mystérieuse, pour lors, par l'éclosion en différents points de l'économie, de phlegmons ou d'abcès, et que nous apparentons, facilement, aux manifestations métastatiques d'une infection septico-pyohémique. Courvoisier reprend la question à l'occasion de l'observation d'un malade qui meurt dans le service de Larrey, au Val-de-Grâce d'une suppuration du psoas. Il n'apporte pas de solution nouvelle.

Burne (1858) et Leudet (1859) signalent les premiers la coexistence de lésions appendiculaires avec une suppuration contenue dans la gaine du psoas-iliaque.

Trois auteurs allemands : Zenker en 1864, Hoffmann en 1867, Krafft-Ebing en 1870 étudient les suppurations myositiques au cours de la fièvre typhoïde. Ils en concluent que c'est très rarement qu'on peut rencontrer une localisation dans le psoas-iliaque.

Les thèses de Manjot, en 1860, Roy (1873), Marcano en 1877 consacrent la confusion qui règne à cette

époque, continuant de placer au premier rang l'origine traumatique, sans raison bien valable, d'ailleurs :

Le premier distingue deux variétés de l'aspect macroscopique des lésions : dans le cas d'abcès « puriforme » il décrit pour causes déterminantes les lésions typhlo-appendiculaires, puerpérales, les inflammations de la bourse synoviale sous-musculaire, et les abcès « par congestion » de la carie vertébrale. Les lésions « putrilagineuses », par sphacèle parfois total, sont dûes aux lésions traumatiques, et plus souvent encore à l'irruption du pus des phlegmons iliaques dont 10 des 12 cas étudiés par lui, par destruction des fibres de aponévrose d'enveloppe du muscle, se sont « compliqués de psoïtis ». Maladie toujours grave, qu'on n'opère pas — et de ce fait évolue loin, et longtemps — et dont l'histoire contient presque toute la pathologie lombo-ilio-crurale.

Roy, exprimant une opinion courante à son époque, trouve « étrange que le muscle psoas-iliaque qui de tous les muscles de l'économie s'enflammera le plus facilement à la suite d'une violence extérieure, restera indemne dans certaines circonstances où l'inflammation et la suppuration envahiront d'autres muscles ». Il rapporte trois observations, incriminant encore une origine traumatique.

Marcano est beaucoup plus affirmatif, presque dogmatique. Il professe qu'il est inutile de s'ingénier à trouver aux psoïtis des causes générales alors que nombreuses sont les circonstances étiologiques, directes, de traumatisme, susceptibles d'action ou d'interven-

tion indiscutables, dans la génèse. Son travail est plein d'observations disparates : caries vertébrales, traumatisme obstétrical ( cartement for   des cuisses de la parturiente lors des derniers moments du travail ; compression du muscle psoas au passage de la tête foetale), ost  tes iliaques, etc., etc.

Il distingue, néanmoins, deux modes d'action au traumatisme : directe par plaie ou contusion (pénétration d'une balle, d'une esquille osseuse) ou bien choc re   dans la région lombaire); indirecte par la contraction violente du psoas au cours d'un effort unique et disproportionné à la force du muscle ou bien, des ruptures fibrillaires par effort prolongé et soutenu. Il se constitue de la sorte un hématome interstitiel dont l'infection et la suppuration rendraient compte de l'apparition du phlegmon psoïque.

Et cependant, dans bon nombre de ses observations ces explications ne sont pas valables. Il doit admettre que le pus prend naissance dans certains cas de psoïtis, entre le muscle et le fascia iliaca, « dans le tissu cellulaire », tandis que les suppurations d'origine traumatique sont des « myosites (?) » (1). Aucune explication n'est ébauchée de cette étonnante particularité. Cependant malgré sa véhémence à affirmer l'origine traumatique des suppurations ilio-pso  iques, l'auteur doit reconnaître qu'elle ne rend pas compte de tous les faits observés, et qu'il faut consentir à ne pas expliquer tout, dans l'histoire singulière des psoïtis.

(1) Ce terme, vague pour lui, n'a que d'évoquer la lésion musculaire même, sans rien expliquer de son inflammation.

C'est à Grisolle que revient le mérite d'avoir dissocié dans la nosologie des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques « le phlegmon sous-aponévrotique iliaque de Chassaignac du phlegmon du psoas, en précisant avec beaucoup d'exactitude la réalité de la suppuration primaire du tissu musculaire » par suite d'un travail phlegmasique local ». Il en profite pour tenter de pousser plus loin la discrimination anatomique du siège propre de la suppuration et de distinguer par le moyen des données cliniques les abcès du psoas, et de l'iliaque ; l'« iliacite » de la psoïte. D'autres, nous le verrons, ont repris cette tentative sans plus y apporter de solution : c'est d'ailleurs là, en vérité, une subtilité du diagnostic que la solidarité anatomique et physiologique des deux muscles rend bien inutile.

En 1874, dans un travail de Desprès ; et de nouveau en 1876 dans la thèse de Paquy est mise en relief l'origine adénitique possible de certains phlegmons sous-péritonéaux de la fosse iliaque. Graverriy, reprend la question en 1883, dans sa thèse ; discute le diagnostic de très près, et sépare soigneusement psoïte, sous-iliaque ; et adéno-phlegmon iliaque, sous-péritonéal.

Peu de travaux d'ensemble jusqu'en 1890, hormise une très bonne étude de Vincent (1884) dans le Dictionnaire encyclopédique de la Société médicale où il insiste longuement sur la signification séméiologique de l'attitude typique en flexion-rotation. Polaillon rapporte à la Société de Chirurgie (1879) un cas d'embolie cardiaque mortelle au cours de l'évolution d'une psoïte suppurée ; Beck, en 1883, publie un cas isolé, d'origine

traumatique (?) ; Villeneuve en 1888 s'occupe de la psoïte post-puerpérale . Smith la même année fait connaître un cas isolé d'abcès primaire du psoas ; Leplat, un an plus tard, un cas de mort rapide par « infection purulente » du psoas, secondaire à un foyer d'arthrite aiguë sacro-iliaque.

Jusqu'aux travaux de Gangolphe et Condamin (1886), les auteurs ont accordé peu d'attention à la thérapeutique des psoïtis. Recherchant à obvier aux inconvénients souvent mortels de l'incision tardive de la collection venue d'elle-même à se drainer par fistulation spontanée, ils préconisent la trépanation du bassin, dont la réalisation donne plus de déboires que de bons résultats et qu'on abandonne assez vite et assez généralement pour recourir aux incisions des parties molles (Libouroux 1892 ; Gangolphe 1899, thèse de Jeandidier de 1899).

La dernière décade du XIX^e siècle voit apparaître de nombreux travaux sur les suppurations de la gaine du psoas-iliaque. Barrow confond encore (Bulletin médical 1890), dans une description commune les abcès aigus et les suppurations bacillaires.

En 1893, c'est la thèse de Petit. Des six classes de psoïtis retenues par Vincent : traumatiques, puerpérales, spontanées (ce sont les « vraies psoïtes »), secondaires, rhumatismales, syphilitiques et scrofuleuses, il ne retient que 3 ordres de causes : les affections du voisinage, les maladies infectieuses, qu'il met de côté pour décrire longuement le rôle du traumatisme, de premier plan dans la réalisation de la suppuration iliopsoïque.

Gleize, en 1894 a publié dans les Archives de médecine et pharmacie militaires la seule observation connue de psoïtis bilatérale, encore que les deux atteintes aient été successives, et que les conditions du traitement restent douteuse la possibilité d'une atteinte des deux muscles par un même processus infectieux, et fassent penser à une communication des deux loges iliaques par le cheminement du pus, parti de l'une d'elles.

C'est alors qu'on commence de bien connaître les lésions appendiculaires : on reconnaît cliniquement l'appendicite, mieux et plus précocement ; on ne la traite plus seulement médicalement. En opérant souvent, on constate les lésions sur le vif : le démembrement du vieux cadre typhlite-pérityphlite se fait, et la propagation possible de la suppuration de l'appendice en situation rétrocaecale, à travers des déhiscences du fascia iliaca, la fossette de Biesiadecki dans la loge du psoas est aussi reconnue : On va même jusqu'à faire de la simple attitude en flexion de la cuisse sur le bassin, si souvent rencontrée dans les appendicites postérieures, un signe de certitude de « psoïtis appendiculaire »,

Le nom de Gangolphe ici encore ne se sépare point de l'histoire des suppurations iliopsoïques ; il est attaché au premier travail qui signale avec beaucoup de clarté, en 1894, le rôle déterminant de l'inflammation appendiculaire dans la genèse de quelques psoïtis. Reprenant de plus près cette étude dans la thèse de son élève Couraud, en 1895, il décrit deux variétés anato-mo-cliniques :

a) la psoïte appendiculaire est la propagation du

foyer appendiculaire au psoas (variété simple) : que le foyer psoïque s'ouvre spontanément au dehors, ou qu'une fistule pyostercorale soit l'aboutissant de l'incision chirurgicale de la collection formée, on est en présence de la variété fistuleuse. On comprend aisément que cette classification ne se soit pas maintenue.

b) l'« appendiculopsoïtis » nous est plus intéressante à connaître. La coexistence de deux foyers inflammatoires toujours séparés, appendiculaire et périappendiculaire d'une part, intrapsoïque de l'autre, l'évolution en parallélisme parfait de l'ablation de l'appendice malade et la guérison spontanée par simple résorption du foyer musculaire sont soigneusement notées, mais la pathogénie n'est pas même ébauchée.

On voit cependant dans cette interdépendance, une relation de cause à effet évidente ; et de la constatation, déjà maintes fois faite que 75 % des psoïtis siègent à droite, on induit un peu vite que la psoïtis est presque toujours appendiculaire, et Roger en 1900 proclame « hardiment que la psoïtis par propagation est de beaucoup la variété étiologique la plus commune ».

Et alors que les appendicites sont de mieux en mieux connues, et traitées, et les psoïtis devenant moins fréquemment observées, est-ce l'opération précoce qui entrave le développement et l'extension à la gaine iliaque, de la suppuration périappendiculaire ? Il faudrait, en ce cas, admettre une continuité lymphatique appendiculo-psoïque ; question sans réponse dans la littérature.

Un maître de notre Faculté, le professeur J. Brault fait en 1895, rapporter par Picqué à la Société de Chi-

rurgie de Paris, un travail « sur une variété de phlegmon de la fosse iliaque interne : volumineux abcès chaud situé sous le muscle iliaque, incision de Cooper, guérison ». Comme il attribue le développement de la collection qu'il a observée à la suppuration du tissu cellulaire, et des quelques petits ganglions, intermusculopériostiques sous-iliaques, Picqué fait faire par Segond, alors son prosecteur, des recherches anatomiques sur cet espace décrit par Brault. Il conclut qu'il communique peut-être avec le tissu celluleux de la gaine hypogastrique. Le travail de Brault ne réalise pas la distinction entre psoïte et iliacite, tentée par Grisolle : le mince fascia celluleux qui sert de cloison entre le psoas et l'iliaque ne peut isoler complètement l'une de l'autre les deux portions du muscle.

La même année, la thèse de Someil (Bordeaux) consacrée à l'étude des abcès des muscles dans la fièvre typhoïde, cite les 23 observations connues dans la littérature, dont deux seules localisations au psoas, dûes à Hoffmann, et Zenker. La myosite primitive du psoas reste une éventualité clinique très rare.

L'origine traumatique est à nouveau discutée par Klein ; en 1897, il relate dans les Archives de médecine et pharmacie militaires un cas d'hématome enflammé, remontant à deux mois. Le malade, laparotomisé, meurt d'hémorragie.

La même année, dans Lyon médical, Gangolphe fait l'étude attentive de la signification pronostique de l'attitude du membre inférieur dans la psoïtis suppurée. La rotation du pied en dehors (éversion) dont il fait

l'indice de la destruction de la capsule antérieure, et de l'envahissement articulaire coxo-fémoral, serait un signe de gravité redoutable. Le Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre consacre un article très court, à la psoïte. Carrive en 1898 étudie dans sa thèse les hématomes du psoas, et indique la possibilité de fixation en ce point de germes en circulation dans l'économie et qui trouvent dans le sang épanché un milieu des plus favorables à leur multiplication. Leclerc (Anjou médical 1898) ; Wodd, en 1899 publient des cas de psoïtis post-puerpérales. Blanc et Vitant (Loire médicale, 1900) un cas de psoïtis suppurée appendiculaire.

Ainsi, jusqu'au début du vingtième siècle, les suppurations aiguës primitives du muscle psoas-iliaque et de sa gaine sont peu connues, et pas du tout étudiées en elles-mêmes. C'est sans grande rigueur que les auteurs tentent d'expliquer ce que cette localisation a d'inattendu, et bâtissent des théories sans grand fondement. La conception même de l'atteinte, au moins en apparence, primitive du muscle par l'infection, et sa suppuration, nous l'avons vu s'est lentement fait jour ; encore beaucoup ne sont-ils pas convaincus, et restent partisans de l'idée de propagation constante par continuité, et à partir du voisinage infecté, à la gaine iliaque. La vieille conception de la rupture fibrillaire traumatique est à peu près abandonnée.

Les travaux modernes

Dans la Revue de Chirurgie de 1900, puis dans une communication à la Section de Chirurgie du XIII^e Congrès International de Médecine, Morestin s'attache à individualiser les formes bénignes de psoïtis, susceptibles de tourner court rapidement, guérissant par résolution spontanée. Lardennois en 1901, Ménétrier et Hébert, Paul Delbet (Progrès Médical 1902), Spelissy, la même année, Brunswic Le Bihan (Tunis) en 1905 à la Société nationale de chirurgie, Coste, Chabanon dans sa thèse. « Des formes sous-péritonéales de l'appendicite » reviennent sur les formes appendiculaires de la psoïtis : appendicites surtout postérieures, simulant le phlegmon psoïque, plus rarement psoïtis compliquant l'évolution d'une appendicite rétro ou latérocaecale, rôle de l'inflammation juxta-iliaque dans la production de la contracture en flexion de la cuisse sur le bassin, sont étudiées.

Le travail de Besson (1903. — Du psoïtis secondaire à évolution tardive d'origine infectieuse puerpérale) est très important du point de vue qui nous occupe. Le premier, en effet, il distingue vraiment avec clarté les psoïtis véritables des infections du voisinage entraînant une « réaction » du psoas. Cette contracture immobilisant la cuisse en flexion sur le bassin est-elle due à une inflammation qu'on ne peut déceler si on n'opère que dans le foyer primaire, ou si on a affaire à une infection bénigne, rétrocedant spontanément ?

N'est-ce qu'une contracture réflexe d'origine nerveuse? Intéressante discussion du point de vue de la pathogénie.

Cette conception, on la trouve encore exprimée dans une forme voisine, dans le travail de Savariaud (Presse médicale, 1905) qui est le premier à accuser de la genèse des lésions myositiques du psoas, une lymphangite tissulaire. Son élève Bonvoisin, étudiant dans sa thèse les adénophlegmons iliaques, admet comme Besson la « réaction de voisinage » du psoas, et pose le premier en principe qu'il faut constater avec précision le siège du pus, dans la gaine iliaque, pour ne pas étiqueter psoïtis toute inflammation iliaque s'accompagnant du « signe du psoas ».

En 1909, Verdun écrit, dans la Gazette des Hôpitaux, une très importante et très bonne « Revue générale », sur « la psoïtis ». Sans rien apporter de nouveau concernant les conceptions pathogéniques plutôt indécises encore, il a le mérite considérable de nettement individualiser les psoïtis primitives, exceptionnelles cependant, et à la suite de Lardennois, rejetant l'hypothèse pathogénique première et univoque de la rupture du muscle, de proclamer que : « si le psoas est plus souvent atteint de myosite que les autres masses cellulo-musculaires, ce n'est pas par suite de sa texture ni de ses fonctions, mais de sa situation et de ses rapports ». Voici qui mérite de faire date dans l'historique qui nous occupe : une nouvelle notion s'établit, importante, que c'est en règle générale par extension d'une infection

suppurative ou par contiguité et on le pressent, par la voie lymphatique.

La même année, Clerget, publie le premier travail d'ensemble, « de recherches sur la pathogénie de l'iléopsoïte ». Arguments vraiment par trop simplistes que les siens ; et pour « démontrer », par élimination « qu'il reste l'appendicite pour expliquer les psoïtis droites ». Prévoyant l'objection qui se présente d'elle-même, il prétend qu'il est plutôt rare de les rencontrer parce que le pus attaque difficilement un muscle aussi vascularisé que le psoas. Et l'année d'après, Soulayrol fait l'étude « de la psoïtis post-grippale ». D'observations discutables où il rattache arbitrairement l'apparition de suppurations intrapsoïques à l'évolution d'une grippe (dans un cas guérie depuis deux mois) il fait la base d'une étude théorique, expliquant « par leur affinité pour le muscle des toxines bactériennes grippales, les ruptures spontanées par dégénérescence toxique des fibres musculaires, montrant l'existence de myosites psoïques au cours des gripes infectieuses ».

Puis c'est une période d'oubli relatif de la question jusqu'aux travaux les plus récents. Rien d'étonnant que le grand et rapide développement de la chirurgie viscérale qu'ont rendu possible les progrès de la technique, le développement de l'anesthésie et l'asepsie aient pu faire reléguer sur un plan de moindre intérêt l'étude de suppurations certes fort intéressantes et curieuses, mais qu'une simple incision, un drainage simple gué-

rissent presque toujours radicalement. Comme s'il s'agissait là d'une entité anatomoclinique bien définie définitivement classée on publie beaucoup de faits isolés où quelque détail de l'évolution, quelque complication inattendue, quelque point particulier du traitement méritant de retenir un moment l'attention : peu de vues d'ensemble.

Ewans, à Londres, publie en 1911 quelques cas qu'il a rencontrés. Lecène, rédigeant l'article de la « Pratique médico-chirurgicale illustrée » consacré à la psoïtis met rapidement au point les idées de l'époque. Amaudrut et Mauclair, sans rien lui ajouter de nouveau reprennent l'iléo-psoïte appendiculaire. Abatucci en 1913, publie sous le titre « la psoïtis furoncle du muscle » l'observation d'une jeune femme chinoise qui fut atteinte d'une psoïtis après un furoncle. Ce doit être, ce nous semble pour évoquer, en reprenant la formule courante encore qu'erronée — l'ostéomyélite est un furoncle de l'os — le rôle de la septico-pyohémie dans la genèse de l'affection.

Michel et Delore, à la Société des Sciences Médicales de Lyon rapportent l'histoire d'une hémorragie secondaire au cours d'une psoïtis « appendiculaire » (parce que sans autre cause nettement décelable) et que le simple drainage transfixiant lombo-abdominal put guérir. En 1914, Chalié, et Mademoiselle Gardette, de Lyon signalent à l'occasion de la publication « d'une observation de psoïtis chez un cryptorchide », la rareté et l'inconnu de ces suppurations inopinées du psoas. En 1914 aussi, Spillmann et Osticoni, à Nancy, publient

à la Société de Biologie l'histoire d'un abcès psoïque secondaire consécutif à une ostéite coxo-pubo-éberthienne.

En 1921, Gesteira publie deux cas de gommes syphilitiques chez des enfants, psoïtis chroniques. Baer, Bennet, Nachlas en 1923, consacrent à l'étude des abcès non-spinaux du psoas (ils entendent par là éliminer de leur étude les abcès froids pottiques) un travail basé sur 42 cas : « l'avenue aponévrotique ilio-psoïque » draine les collections suppurées périrénales, ou lymphatiques rétropéritonéales à son contact. Laroyenne et Comte présentent à la Société de médecine de Lyon, un malade qui a été atteint d'une psoïtis et d'un abcès périrénal après évolution d'un abcès prostatique. Paitre et Bertein apportent à la Société de Chirurgie un nouveau cas de psoïtis appendiculaire.

En 1925, Flourens, de Toulouse, consacre sa thèse aux suppurations de la gaine du psoas. De très rares formes primitives existent, dit-il, dont on ne trouve pas la cause opératoirement ; encore moins par la clinique même aidée de la radiologie. Mayet et Ledoux ont observé un cas de psoïte post-scarlatineuse. Acquaviva et Darcourt rapportent les constatations nécropsiques qu'ils ont pu faire dans un cas d'arthrite aiguë ostéomyélitique de la hanche avec perforation spontanée du cotyle et par là, envahissement du psoas par le pus. Griffith Evans a vu guérir spontanément un abcès enkysté du psoas (British medical journal 1925). J. et W. Israël, de Leipzig, Wolkow et Delitzen croient que très souvent les psoïtis primitives sont en relation avec

l'infection de l'atmosphère celluloadipeuse périrénale. Bartolucci à Rome ; en France, Massabuau, Guibal et Laux, Delore et Jouve (1927), Given à Brooklyn publient des cas de psoïtis secondaires. Rareté exceptionnelle (observation de Delore et Jouve) que l'ouverture de la collection périvésiculaire d'une choléystite lithiasique, dans le psoas droit.

Quelques travaux consacrés à l'étude des hygromas de la bourse séreuse du psoas (Arrou, Chastenet de Géry en 1928, Sollier et Huard en 1929, Sorrel) sont muets sur la propagation de l'inflammation au corps charnu du psoas. C'est pourtant dans ce cas que se réaliserait au mieux l'infection par continuité.

Rocher et Malaplate rapportent à la Société de Pédiatrie l'observation d'une psoïtis primitive suppurée à staphylocoques chez un enfant (et pourtant l'absence d'une ostéite constatable à l'opération, et à la radiographie font encore douter les auteurs, et Sorrel qui prend part à la discussion, de l'autonomie totale de la lésion.)

Les travaux récents

reprennent par contre la question dans son ensemble, et une séduisante hypothèse déjà ébauchée nous l'avons vu, se précise et se trouve vérifiée, avec certitude.

C'est J. Poucel, le premier qui dans un important travail fait d'après dix observations personnelles indi-

que formellement : « la psoïtis n'est qu'une réaction de myosite au voisinage de ganglions enflammés. L'affection primitive est une adénite ou un adénophlegmon intra-musculaire et la périadénite se traduirait par de la myosite ». Et puisque la suppuration du muscle iliaque s'explique (Brault l'a démontré) par l'infection du tissu cellulolymphatique interpériostéo-musculaire de la fosse iliaque interne, il est au moins logique de supposer aux psoïtis une pathogénie analogue. Ainsi : la psoïtis appendiculaire serait une lymphangite musculaire que l'ablation de l'appendice, en supprimant la cause, guérirait radicalement. La relation entre les adénophlegmons iliaques et les psoïtis vue par Savariaud et Bonvoisin s'expliquerait du même coup, et aussi bien. Si la présence du staphylocoque en dehors d'une lésion osseuse paraît assez anormale, il est simple de concevoir ici qu'il pénètre par les excoriations combien nombreuses des membres inférieurs des enfants, remonte dans les ganglions inguinaux et iliaques et de là, atteint des ganglions présents « au moins accidentellement, dans la portion psoas ».

Berhmann, en 1930, dans *The Lancet* publie quatre observations de psoïtis chez des enfants, et signale aussi cette possibilité. Gabas publie sa thèse inaugurale, à Lyon, sur les suppurations aiguës du muscle psoas et de sa gaine. « Le laboratoire et la radiographie, dit-il, ont enrichi le cadre des myosites symptomatiques aux dépens des myosites primitives ». Etudiant d'ensemble, compte non tenu de son origine, le syndrome de collection suppurée intra-aponévrotique iliaque, il conclut

qu'on ne doit porter le diagnostic de myosite qu'après avoir éliminé toutes les lésions du voisinage.

Ingelrans et Minne, de Lille ont observé onze cas de psoïtis primitives chez des enfants et des adolescents en dix ans : dans le plus grand nombre de leurs observations, ils indiquent les suppurations tégumentaires rencontrées sur les membres inférieurs comme cause probable de la suppuration lymphangitique du psoas.

Notre maître le Professeur Lombard en 1930 à la Société de Chirurgie d'Alger publie quatre cas de psoïtis primitives chez des nourrissons et de jeunes enfants, dues à l'ensemencement septicopyohémique pneumococcique, comme le sont : arthrites, péritonites, ostéomyélites à pneumocoques. Chabaud, dans les « deux cas de psoïtis en pathologie tropicale » qu'il a publiés en 1932 croit à l'ensemencement par le sang ; mais ne s'explique pas, non plus, pourquoi le psoas est atteint de préférence à un autre muscle.

L'observation de Nicolas, Lebeuf, et Charpy, publiée à la Réunion Dermatologique de Lyon, le 28 janvier 1932, apporte une intéressante contribution : le bubon d'une lymphogranulomatose inguinale bénigne, accompagnée d'infection chancrelleuse, se complique d'une psoïtis. Rien encore de formel, cependant. Le traité d'anatomie des lymphatiques de Rouvière ne contient pas de renseignement sur l'irrigation lymphatique du psoas susceptible d'éclairer la question.

En 1931, M. Le Roy des Barres, d'Hanoï publie dans la Revue d'Hygiène et de médecine tropicales un im-

portant travail sur cette curieuse affection des pays chauds qu'il a individualisée : la polymyosite purulente, au cours de laquelle on voit éclore et se développer en différents points des territoires musculaires de l'économie des abcès, dont le manque d'hygiène, les traumatismes tégumentaires fréquents et fréquemment compliqués de suppuration, sont les causes les plus couramment admises à l'origine de tels accidents.

L'analogie ici avec ce que nous constatons fréquemment chez l'enfant nous a fait écrire à M. Le Roy des Barres pour lui demander s'il observait au cours du syndrome qu'il a décrit, des localisations psoïques de préférence ; et 2° si en dehors de cette incidence un peu particulière, en somme, il rencontrait des psoïtis nombreuses en pathologie tropicale. En reproduisant ci-dessous des passages de sa lettre, qu'il nous soit permis de le remercier pour l'amabilité avec laquelle il nous a mis au courant de ses recherches et pour son empressement à nous répondre.

« Comme vous, je m'étais demandé pourquoi cette localisation spéciale au psoas ?

« J'ai pensé, comme l'idée en est venue à beaucoup d'autres, que la lymphangite et l'adénite pouvaient être à la base de ces suppurations ; en effet un riche réseau lymphatique et de nombreux ganglions recouvrent le psoas et sont en communication avec les lymphatiques de ce muscle. J'ai fait pratiquer des injections dans les ganglions qui recouvrent le psoas et il m'a été facile de me rendre compte que ces injections

arrivent à pénétrer dans les faisceaux musculaires du psoas.»

Très peu de temps après, Bolté qui travaillait dans le Laboratoire d'Anatomie du professeur Rouvière fournit la preuve. Il a trouvé des nodules lymphatiques bien individualisés dans l'épaisseur des faisceaux musculaires d'insertions vertébrales du psoas, et dont il fait la description minutieuse dans les Annales d'Anatomie pathologique et normale.

En 1934, Topa, Craciun, Dinischiotu ont publié à la Société médicale des hôpitaux de Bucarest une observation de psoïtis double qu'ils rattachent au rhumatisme. Rolland, en juin dans les Archives de médecine et de pharmacie navales, publie trois cas de psoïtis primitives. Srinivasan de Calcutta, publie un cas d'abcès aigu ; Nishiwo, une revue statistique de la psoïtis dans un district du Japon où les myosites sont d'observation courante, que nous n'avons pu lire. Sept observations tirées de la thèse de Podeano sont publiées par Popesco et lui, dans « Spitalul » de juin ; rien de spécial à en retenir, qu'un essai de traitement abondant roëntgenien, de l'infection, et qui échoue dans trois cas.

Résumé-Définition

Deux faits dominant, dans la seconde période de cet historique : on admet, définitivement, que les suppurations du psoas-iliaque qui évoluent *secondairement* à une infection de voisinage, et n'en sont que des complications doivent être rattachées à leur cause première et distraites de l'étude des psoïtis *primitives*, ou les lésions sont tout entières dans la gaine iliaque.

Et puis, surtout, c'est très progressivement que se fait jour la notion de la réalisation des psoïtis primitives. Par étapes successives, dont nous avons tâché de montrer la succession, on arrive à la vérification de notre hypothèse de départ.

Le psoas suppure pour deux ordres de causes :

- a) l'ensemencement par voie sanguine, dont le grand caractère est la localisation isolée dans le psoas-iliaque,
- b) l'ensemencement par voie lymphatique, du fait de l'existence dans l'épaisseur du muscle, de nodules ganglionnaires, dont la suppuration est le substratum de quelques psoïtis primitives.

Ainsi se trouve justifiée et définie notre étude des seules suppurations aiguës *primitives* développées dans la gaine du psoas-iliaque. Nous entendons par là qu'elles sont les manifestations d'une infection métastatique, septicémique ou lymphangitique des organes contenues dans cette gaine.

DEUXIÈME PARTIE



ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

ÉTUDE ANATOMIQUE

Rappel d'anatomie normale

Il n'est pas question d'étudier ici en grand détail l'anatomie descriptive et topographique de la gaine iliaque. Cependant, sa structure et sa conformation, d'une part, sa disposition d'autre part, ont une telle importance dans l'aspect vraiment particulier des suppurations primitives se développant à son intérieur qu'il est utile de rappeler les quelques points susceptibles d'expliquer situation, rapports, voie d'abord chirurgical, peut-être aussi cause et mécanisme de ces suppurations.

Nous décrirons donc le canal iliaque, sa constitution, ses rapports, son contenu, son irrigation, lymphatique et sanguine.

Le canal iliaque

Velpeau a décrit sous ce terme la gaine ostéofibreuse formée par une gouttière osseuse postérieure, vertébro-costiforme en haut et en dedans, iliaque en bas et

en dehors, et une aponévrose résistante antérieure, bien individualisée, qui l'isole des organes sous-péritonéaux situés au-devant d'elle, le fascia-iliaca.

Le fascia-iliaca. — Sa consistance n'est pas homogène : il forme cependant une enveloppe continue aux deux portions musculaires du psoas-iliaque. Au niveau de sa partie supérieure, il est réduit à une mince toile celluleuse, presque imperceptible, plus périmysium qu'aponévrose différenciée, mais suffisante à brider les collections se développant dans la portion lombaire du psoas ; même une injection sous tension, poussée à son intérieur, ne la rompt pas. A plus forte raison, en cas d'inflammation l'épaississement de ce feuillet empêche-t-il un long temps l'irruption du pus hors de la gaine.

C'est au niveau de la partie moyenne de la fosse iliaque que l'aponévrose iliaque est véritablement une toile fibreuse épaisse, nacrée, très résistante. Formée de fibres horizontales très denses, et très solides, elle est renforcée par les fibres verticales quasi-constantes du tendon du petit psoas appelé pour cela tenseur de la gaine iliaque. Elle bride fortement le psoas et l'iliaque unis à ce niveau en une nappe continue de dehors en dedans, depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à l'éminence iliopectinée. On comprend, de la sorte, que soient longtemps limitées dans la gaine iliaque les suppurations qui — comme c'est le cas le plus fréquent — naissent dans sa portion iliaque.

Il existe parfois cependant, au milieu de ce tissu bitendu, très solide, une petite dépression ou un orifice

elliptique plus large, transversal, contenant un petit diverticule péritonéal qui s'insinue entre le fascia iliaca et le muscle iliaque. Biesiadecki explique la formation de cette fossette diverticulaire, qui porte son nom, par le développement inégal de l'aponévrose iliaque dans ses deux portions, supérieure et inférieure. Elle nous offre à la connaître un intérêt indéniable. Peut-être est-ce, dans quelques cas, par cette faille, assez fréquente, plutôt que par effraction que le pus fait issue hors de la gaine iliaque, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

A hauteur de l'arcade crurale, elle paraît se dédoubler. Une mince lame fibrocelluleuse accompagne le psoas jusqu'à son insertion inférieure. La lame épaisse du fascia-iliaca s'insère à l'arcade crurale. En sorte que quelques auteurs décrivent au fascia-iliaca deux couches superposées : l'une profonde, continue depuis les insertions supérieures jusqu'aux insertions inférieures; l'autre, superficielle et renforçant celle-ci, s'étend depuis la partie moyenne de la fosse iliaque jusqu'à l'arcade crurale.

A la racine de la cuisse, le fascia iliaca aminci accompagne en les enveloppant, le corps charnu et le tendon du psoas, jusqu'au petit trochanter. Pendant ce trajet, il envoie en arrière de l'artère et de la veine fémorales communes, un prolongement aponévrotique qui se confond avec l'aponévrose du pectiné. Ainsi s'explique que souvent le pus peut se répandre hors du canal iliaque, à cet endroit. Et ainsi aussi se justifie l'incision proposée par Gangolphe, et qu'il fait systéma-

tiquement : dans le triangle de Scarpa en dehors des vaisseaux, pour ouvrir ce prolongement inférieur de la gaine iliaque.

Un prolongement sagittal, antéropostérieur, formé d'une mince lame celluleuse, entourant le nerf crural, s'insinue entre le psoas et l'iliaque, à partir du fascia iliaca. Cette cloison, à peu près insignifiante, Condamin a voulu en faire une barrière qui séparerait les collections internes et externes de la fosse iliaque interne — et selon l'expression de Grisolle — ferait la distinction entre iliacite et psoïte. Il nous paraît n'en être rien. Les observations sont très nombreuses de phlegmon total ilio-psoïque : il n'existe à notre connaissance que peu de cas où on ait pu constater nettement et avec certitude le rôle de barrière qu'on a voulu faire jouer à ce tissu cellulaire intermysial.

OBSERVATION 1 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile (P^r CURTILLET)

Myosite du muscle iliaque gauche (notes de consultation)

B... Lucien. — Examiné pour des phénomènes douloureux de la hanche gauche. La cuisse est fléchie à 90° sur le bassin : l'articulation coxo-fémorale est complètement libre. Par la palpation de la fosse iliaque, on perçoit dans la profondeur, un empâtement diffus juxta-osseux.

Incision parallèle au ligament de Poupart : désinsertion du petit oblique et du transverse. On récline le péritoine en haut, le psoas, intact en dedans, et atteint l'aponévrose du muscle iliaque : on l'incise, libérant une petite quantité de pus contenant de nombreux staphylocoques à l'examen direct.

Les insertions du fascia iliaca sont celles des deux portions du muscle psoas-iliaque. En haut, et en dedans, cependant, elles laissent une petite portion du psoas en dehors du canal iliaque, dans la paroi thoracique inférieure et postérieure. Là, en effet, il prend origine par une petite lame fibro-celluleuse mince et peu résistante sur l'arcade tendineuse du psoas, bandelette tendue du corps de la deuxième vertèbre lombaire jusqu'à l'apophyse transverse de la première. Plus en dedans, ses insertions sont confondues avec celles du psoas, sur les arcades tendineuses d'attache aux faces latérales des vertèbres lombaires, jusqu'à la base du sacrum. A sa partie moyenne, il s'insère au pourtour de la fosse iliaque, sur la lèvre interne de la crête iliaque, et le ligament ilio-lombaire en arrière. Il est fortement solidarisé en dehors avec l'insertion du grand oblique ; du transverse et du petit oblique plus en arrière, l'aponévrose du carré des lombes, feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse. Au niveau du détroit supérieur, il confond ses insertions avec celles du muscle psoas et envoie au tissu cellulaire adventiciel des vaisseaux iliaques externes un prolongement celluleux, le fascia d'Abernethy, qui solidarise fortement les ganglions iliaques externes à la gaine iliaque.

A l'arcade crurale, la disposition du fascia iliaca est un peu plus complexe. L'apparent dédoublement, dont nous avons parlé plus haut, s'explique ainsi. Dans la partie externe de l'arcade, depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la gouttière osseuse du psoas-iliaque, il est fusionné aux fibres propres de l'arcade ilio-

pubienne, à l'aponévrose d'insertion du grand oblique, et aussi au fascia transversalis qui s'y perd, au fascia lata qui y prend naissance. En dedans, après avoir recouvert le muscle iliaque jusqu'à l'union de ses fibres avec celles du psoas, il passe sur le bord interne du psoas. Là il s'épaissit, détache de sa face profonde des fibres résistantes insérées sur l'éminence ilio-pectinée, connues en anatomie descriptive sous le nom de bandelette ilio-pectinée, et qui forment avec l'arcade crurale et la gouttière osseuse du psoas la portion rétrécie du canal iliaque.

Dans la cuisse, l'aponévrose psoïque accompagne le muscle, et confond ses insertions avec celles du tendon et de l'aponévrose fémorale, sur le petit trochanter.

Ainsi se trouve formée la paroi antérieure du canal iliaque décrit par Velpeau. Le passage sous l'arcade crurale, que nous venons de décrire, explique le rôle que Chassaignac lui avait décerné le premier : séparer les collections sous-péritonéales arrêtées dans leur propagation inférieure par l'arcade de Fallope, et les collections intra-aponévrotiques qui peuvent migrer, sans difficulté, jusqu'au petit trochanter, et se répandre dans le tissu cellulaire de la racine de la cuisse.

Le canal iliaque épouse donc exactement la forme générale du muscle psoas-iliaque. C'est un fuseau creux, renflé dans sa portion iliaque, aminci à ses deux extrémités. L'orifice supérieur s'ouvre dans le tissu cellu-

laire sous-pleurale sous l'arcade du psoas. La face antérieure est le fascia iliaca, que nous venons de décrire. La face postérieure est, à sa partie supérieure l'angle dièdre osseux formé par les apophyses costiformes et les corps des vertèbres lombaires. A sa partie moyenne, c'est la fosse iliaque interne, partie excavée de la face endo-pelvienne de l'ilion ; plus bas, la gouttière de passage sur la ligne inominée, du muscle psoas. Enfin ce sont les fibres antérieures de la capsule articulaire coxo-fémorale, séparées par la bourse séreuse sous-psoïque, puis les plans musculaires profonds de la cuisse qui ferment, à la vérité bien incomplètement la gaine iliaque. L'orifice inférieur est fermé par l'adhérence de son pourtour au petit trochanter.

Les rapports de la gaine iliaque ont beaucoup moins d'intérêt pour notre étude que pour celles des suppurations secondaires. En effet, cet « entonnoir aponévrotique », comme l'appellent Baer, Bennett et Nachlas, joue admirablement le rôle de collecteur des suppurations des parois, osseuses surtout, et des organes intra, ou rétropéritonéaux qui sont à son contact immédiat.

Il est plus intéressant pour notre travail, qui ne fait état que des suppurations primitives, d'étudier les communications possibles du canal iliaque avec les espaces anatomiques voisins. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, en avant, depuis le diaphragme jusqu'à l'arcade de Fallope, de la racine de la cuisse en bas ; le triangle de Petit, le quadrilatère de Grynffelt en arrière et au-des-

sus de la crête iliaque ; la fesse en bas et en arrière au-dessous de l'échancrure sciatique sont les lieux de propagation tout désignés du pus, issu de la gaine iliaque. Des orifices préformés : la fossette de Biesiadcki, les foramina créés par la déhiscence des fibres aponévrotiques laissant passage aux branches terminales du plexus lombaire qui gagnent ensuite le tissu sous-péritonéal permettent peut-être au pus un passage plus aisé.

La bourse séreuse du psoas-iliaque met la gaine iliaque en rapport immédiat, en arrière avec la cavité articulaire de la hanche. Produite par le frottement du psoas sur la ligne innominée et la tête du fémur recouverte du ligament ilio-fémoral de Bertin, elle n'existe pas chez le fœtus, est insignifiante chez l'enfant tout jeune, constante à partir de la dixième année, et se développe — comme l'ont montré les travaux de Durville — progressivement avec l'âge. Au point qu'elle s'étend parfois, chez l'adulte, depuis le bord de l'os iliaque jusqu'au petit trochanter. Deux cloisonnements : l'un, vertical, dû au dédoublement du tendon, l'autre, transversal situé un peu au-dessus du petit trochanter, semblent indiquer qu'elle est formée par la fusion de trois cavités séreuses primitives. En arrière d'elle, les fibres capsulaires de l'articulation sont très amincies, au-dessous du ligament de Bertin. Parfois, chez l'adulte surtout, une déhiscence complète met en communication directe le canal iliaque avec la synoviale de la hanche. Ceci explique surabondamment la possibilité

d'une arthrite par inoculation directe, compliquant une suppuration intra-aponévrotique iliaque.

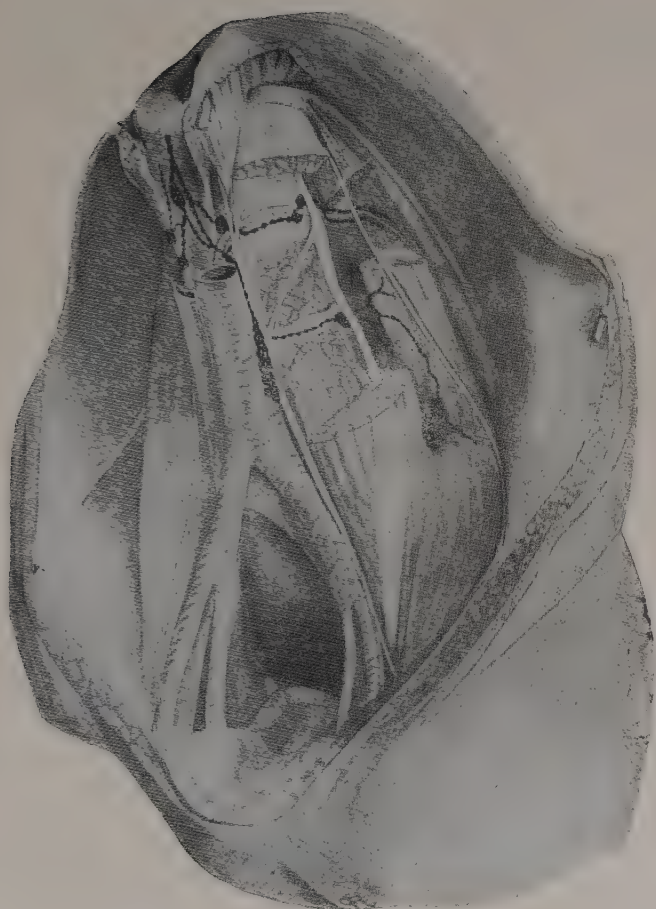
En dehors, la gaine iliaque est ouverte dans la fosse iliaque interne osseuse par l'espace de Brault. Il le décrit ainsi : « Au centre, et en dedans des insertions du muscle iliaque existe un tissu cellulaire très lâche, presque une bourse séreuse, séparé en bas et en avant de la classique bourse séreuse du psoas, que par quelques vagues insertions musculaires de l'iliaque avant sa réflexion et par un peu de graisse ». Un ou deux ganglions lymphatiques tributaires du groupe iliaque existeraient dans cet espace ; quelques auteurs les auraient recherchés, sans les trouver. Par les gaines celluluses des vaisseaux ilio-lombaires, au niveau de la symphyse sacro-iliaque (Segond alors qu'il était professeur, a vérifié ce point à la demande de Picqué, sur quelques dissections) cet espace sous-iliaque serait en rapport de continuité avec le tissu cellulaire de la gaine hypogastrique. De sorte que le canal iliaque peut communiquer par là avec le tissu cellulaire pelvien, ce qui explique la propagation possible du pus des phlegmons primitifs intrapsoïques vers les cavités viscérales du pelvis : vagin, vessie, rectum.

Cette disposition anatomique fait du phlegmon de Brault une véritable forme anatomique topographique des ilio-psoïtes. L'abcédation a tôt fait de retentir sur le muscle iliaque, et de s'y propager, créant une myosite.

LE CONTENU DU CANAL ILIAQUE ET SON IRRIGATION

Dans le canal que nous venons d'étudier les muscles psoas et iliaque sont séparés des parois par une couche de tissu cellulo-adipeux dans la suppuration duquel quelques anciens auteurs ont voulu voir la cause des psoïtes primitives « interstitielles » « pseudomyosites », qu'ils opposaient aux psoïtes primitives parenchymateuses, « vraies » myosites du psoas.

Entre les deux plans d'insertions, antérieur et postérieur du psoas, cheminent les branches collatérales et terminales du plexus lombaire, les vaisseaux sanguins, les lymphatiques. Bolté, élève de Rouvière a décrit en 1934, la présence, dans cet espace celluleux de nodules lymphatiques, dont nous reproduisons la figuration, et la description. Vergé-Brian dans une étude des lymphatiques des muscles du membre inférieur parue en 1929 résume les idées classiques sur la circulation lymphatique du psoas iliaque : les efférents se terminent dans les ganglions inguinaux profonds, ou le groupe des ganglions rétrocruraux iliaques externes et internes. Et de là, ils vont relayer dans les ganglions périaortiques. Dans son livre de 1932, Rouvière montre que les ganglions périaortiques collectent les lymphatiques des muscles postérieurs de la région lombaire. Il avait cru remarquer sur le trajet de leurs afférents la présence de quelques nodules ganglionnaires. Sur son conseil Bolté a entrepris l'étu-



Les nodules lymphatiques intra-psoïques (BOÉTÉ)

de de ce point particulier et fait porter ses recherches sur 42 sujets. Il les décrit ainsi :

« Les vaisseaux lymphatiques des muscles spinaux de la région lombaire, en se rendant aux ganglions périaortiques, sont toujours interrompus par des nodules intercalaires situés dans l'interstice cellulaire du psoas.

« Dans cet interstice, compris entre les faisceaux musculaires qui s'attachent aux apophyses costiformes et ceux qui s'attachent aux corps des vertèbres et sur les disques intervertébraux lombaires, se trouvent le plexus lombaire et la veine lombaire ascendante.

« Ces nodules lymphatiques, homologues des ganglions intercostaux, sont placés soit en arrière, soit en dedans du plexus lombaire. Ce sont de petits ganglions : je les ai vus 35 fois sur 36 préparations. Ils sont plats ou arrondis, au nombre de un ou deux, quelquefois trois, rarement quatre.

« Ils sont généralement appliqués près des vaisseaux sanguins, sur la partie postérieure de la gouttière du corps vertébral ; mais souvent, on peut voir un nodule placé en avant de l'apophyse costiforme ou entre deux apophyses costiformes, en avant du muscle intertransverse.

« De ces nodules partent des vaisseaux efférents qui se portent en avant, passent sous les arcades du psoas avec les vaisseaux sanguins, et se terminent dans les ganglions périaortiques appliqués sur la face antérieure du corps vertébral correspondant. De l'un de ces nodules intercalaires partent, parfois, des vaisseaux qui vont aux nodules situés plus haut ou plus bas. C'est ainsi que sur 4 sujets, j'ai vu un petit vaisseau lymphatique se détacher d'un nodule situé sur le flanc de la 3^e vertèbre lombaire, descendre dans l'interstice du psoas, croiser en avant le nerf lombo-sacré dans la fossette de Cunéo et Marcille, et venir se terminer dans un ganglion placé en avant du corps de la 5^e vertèbre lombaire (groupe du promontoire). »

Outre ce système lymphatique situé dans le canal iliaque, un important groupement ganglionnaire régional est en rapport médial avec le psoas par l'intermé-

diaire de l'aponévrose ilio-lombaire. Les ganglions iliaques externes solidarisés à elle par le fascia d'Abernethy reçoivent les efférents des ganglions inguinaux superficiels et profonds, qui drainent le membre inférieur, les vaisseaux lymphatiques circonflexes iliaques résumant la circulation lymphatique des muscles de l'abdomen et des viscères pelviens, les lymphatiques épigastriques drainant les muscles antérieurs de l'abdomen. De là partent de courts vaisseaux efférents, qui relaient dans le grand groupe des ganglions rétro-péritonéaux périaortiques.

Le *psœas*-iliaque est très largement irrigué : trois sources y contribuent : les artères lombaires, branches de l'aorte pour la portion supérieure, l'artère ilio-lombaire issue de l'hypogastrique pour la partie moyenne iliaque, enfin l'artère circonflexe iliaque branche de la fémorale pour la portion crurale. L'iliaque externe, et l'iliaque primitive, l'obturatrice lui fournissent parfois des rameaux secondaires importants, complétant cette irrigation déjà considérable.

Les cinq artères lombaires (Salmon et Dor) décrivent par les anastomoses verticales de leurs branches musculaires, deux plans artériels, antérieur et postérieur, dans l'épaisseur du muscle.

L'artère ilio-lombaire dont la branche antérieure est tout entière distribuée au muscle et pourrait être considérée comme l'artère principale du *psœas*-iliaque, s'anastomose très largement avec la circonflexe iliaque, par de belles arcades d'inosculation entre le fascia iliaca et le muscle.

Dans la région crurale, enfin, des rameaux de la fémorale primitive, de la fémorale profonde, et quelquefois de la bifurcation, donnent irrigation à la partie inférieure du psoas.

Les veines, volumineuses suivent exactement le trajet des artères.

En somme, de très nombreux vaisseaux sanguins irriguent le psoas-iliaque, et autant dans toute son étendue: les rameaux artériels cheminent, en se divisant, entre les faisceaux primaires, et secondaires du muscle, jusqu'aux plus fines cloisons celluleuses. Et c'est cette abondance de vaisseaux lymphatiques, mais surtout artériels et veineux qui donne au psoas-iliaque son aspect et sa consistance spéciaux : muscle fragile, tendre, qui se déchire et saigne aisément, peut dégénérer très vite sous l'influence d'une atteinte vasculaire, et s'abcède facilement sous l'influence d'une infection sanguine ou lymphatique .

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est devenu extrêmement rare d'étudier les suppurations de la gaine iliaque sur le cadavre. Encore le ferait-on, qu'on ne pourrait avoir qu'une idée approximative de ce que sont les lésions sur le vivant. Les faits anciens sont loin, certes, d'être sans valeur. Mais ils rendent mal compte de l'évolution clinique qu'on observe actuellement. Les constatations opératoires sont plus utiles, mais souvent incomplètes et suspectes d'erreurs involontaires, d'omissions, de défauts d'appréciation impossibles à éviter. Les descriptions histologiques sont faites plutôt à l'aide des travaux classiques sur les myosites typhiques, ou expérimentales.

La relation de l'observation suivante, que le hasard de la pratique hospitalière nous a permis de recueillir apporte quelque contribution à cette étude. Nous avons pu personnellement étudier et vérifier les caractères macroscopiques et microscopiques d'une myosite aiguë streptococcique du psoas, survenue au cours d'une septico-pyohémie.

OBSERVATION 2 (inédite)

« Abscès multiples, œdème inflammatoire généralisé tégumentaire, streptococcémique ». Foyer abcédé intrapsoïque découvert à l'autopsie. Etude anatomo-histologique.

1° Observation clinique

Clinique médicale infantile de la Faculté de Médecine d'Alger
(Professeur GILLOT)

Hab... Moh., nourrisson âgé d'un mois est hospitalisé dans le

service de M. le P^r Gillot le 15 janvier 1935 pour « œdème, et nombreux abcès sous-cutanés ».

Né à terme, et normalement, une tuméfaction préauriculaire bilatérale, systématique, apparaît deux semaines après la naissance. Les téguments des membres inférieurs, surtout, et de l'abdomen; peu à la face et aux membres supérieurs, sont oedématiés, blafards. L'apparition d'autres lésions abcédées, l'altération de l'état général ont amené l'hospitalisation de l'enfant.

On ne relève rien de suspect dans les antécédents héréditaires, rien spécialement concernant une hérédosyphilis possible.

Deux traits importants dans le tableau clinique, à l'entrée de l'enfant : des abcès disséminés, superficiels, sous-cutanés — deux tuméfactions de la taille d'une petite noix, symétriquement disposées au devant des tragus, droit et gauche : les téguments les recouvrant sont souples, blancs, non inflammatoires d'aspect. Leur consistance est molle, la fluctuation nettement évidente. En arrière de l'oreille droite, sur le sommet de la mastoïde, existe une collection plus dure, vaguement fluctuante, en un point central seulement, et de plus petit volume. La région occipitale porte, sur la ligne médiane un abcès dur, tendu, rénitent, sans aucun caractère inflammatoire aigu ; non réductible, non doué d'expansion lors des cris. Au dessus de son pôle antérieur, la fontanelle lambdoïde, large ouverte, très dépressible. Enfin, au coude gauche, en arrière de l'épicondyle, on trouve une tuméfaction du volume d'une noisette recouverte de téguments oedématiés, rouges. Le contenu est sous forte tension, très rénitent.

De plus, infiltration généralisée du tégument, blanc, pâle, dur mais dépressible, la trace du doigt persiste longtemps « en godet » ce qui fait éliminer l'hypothèse d'abord soulevée, de selérème. Aux membres inférieurs, l'œdème atteint surtout le pied et remonte au tiers inférieur. Les mains sont augmentées de volume, les doigts boudinés, recouverts de peau pâle, épaisse et froide. Muguet sur la muqueuse gingivo-buccale.

Pas d'hépatosplénomégalie.

Urines rares, contenant des traces d'albumine.

Très mauvais état général — nourrisson apathique, tétant peu, respirant mal, ne pleurant pas. Hypothermie — pouls petit et faible.

Les collections suppurrées, à la ponction donnent issue à du pus franc, verdâtre, bien lié, dont l'examen direct indique une teneur importante en streptocoque (en chaînettes très courtes et diplocoques gram-positifs), la mise en culture donne des colonies pures de streptocoques, en chaînes longues.

Un mieux-être apparent se dessine au 6^e jour, le nourrisson tête plus volontiers, son cri a plus de force. Les abcès non encore vidés diminuent de volume, mais au bout de 48 heures, l'état général devient encore plus précaire. L'enfant meurt de collapsus le 23 janvier, en hypothermie (35°5) (*Observation recueillie par notre frère Georges Cohen-Solal, interne des hôpitaux, et communiquée par notre maître, Monsieur le Professeur Gillot*).

2° Observation anatomique

Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine d'Alger (P^r POUJOL)

L'examen nécropsique pratiqué quelques heures après la mort nous a montré en dehors de lésions dégénératives viscérales généralisées, sans suppuration collectée nette, avec infiltration oedémateuse des parenchymes hépatique, rénal, splénique en particulier. Seule existe une collection suppurrée du psoas droit, de la taille d'un gros œuf de pigeon, allongée verticalement dans la direction du psoas-iliaque, de haut en bas en même temps que de dedans en dehors. La grosse extrémité de cet ovoïde occupe à la place du psoas et de l'iliaque toute la fosse iliaque interne, passe sous l'arcade crurale, tendue fortement au dessus d'elle, et s'étale au niveau de l'articulation coxo-fémorale, et dans les espaces cellulux périarticulaires. Elle occupe toute l'étendue du muscle, dont seules sont encore visibles quelques fibres, de 2 à 3 centimètres de longueur rattachant le pôle supérieur de la collection à la colonne lombaire. Elle est tout entière contenue dans la gaine iliaque close de toutes parts par le fascia iliaca, étiré, tendu mais sans adhérence aux formations anatomiques voisines, ni aux organes au contact (péritoine indemne, en particulier). Au devant de cette tumeur inflammatoire, de cette poche purulente intra-psoïque, les vaisseaux iliaques, externes et primitifs, sont tendus, soulevés. Les



ganglions iliaques et périaortiques ont leurs canaux afférents et efferents tuméfiés : eux-mêmes sont gros, mais nullement abcédés : on les prélève en bloc pour examen cyto-bactériologique.

Ceci constaté, recherchant la cause de cette suppuration dans l'altération d'un organe du voisinage, nous avons du plus près, disséqué, attentivement. Du côté interne, nous pouvons détacher toutes les insertions vertébrales du psoas sans ouvrir la gaine iliaque, les vertèbres largement dénudées, leur périoste bien ruginé, apparaissent intactes, sans la moindre lésion ostéitique. En bas et en dehors, seules quelques fibres intactes de l'iliaque la rattachent à la crête iliaque. En suivant la face endopelvienne de l'ilion, on décolle tout l'abcès en masse jusqu'au sourcil cotyloïdien ; sans, en aucun point, rencontrer d'anomalie de la structure osseuse, aucune érosion, aucune trace d'inflammation osseuse. Au niveau de l'articulation coxo-fémorale, au point de la réflexion du psoas, sur le bord antérieur de l'os coxa^l, existe une large communication avec l'articulation (il est impossible de parler de déhiscence capsulaire, tant est large la perte de substance du surtout fibreux antérieur). La dissection n'est plus possible à ce moment : tout autour de la hanche, « on tombe dans le pus », infiltrant la région obturatrice, la cavité prévésicale de Retzius, et fusant par la grande échancre sciatique, dans la fesse, entre les muscles pyramidal et moyen fessier.

La cavité articulaire coxo-fémorale est pleine de pus, distendue. Le ligament rond est ramolli, non détruit. Le cartilage diarthrodial est intact au niveau de la tête fémorale : celui de l'acétabulum est irrégulier, d'aspect velvétique. L'arrière fond du coyle, nous le vérifions spécialement, est intact. Les cartilages conjugaux, en Y et de l'extrémité supérieure du fémur, sont intacts.

Les nerfs lombaires sont intacts, d'aspect, ni oedématiés, ni violacés.

L'intérieur de la cavité abcédée est lisse, régulier ; son contenu est formé de pus verdâtre, épais contenant en suspension quelques débris grumeleux, difficiles à reconnaître comme des débris spacéliques musculaires.

Nous prélevons un fragment de muscle au-dessus de l'abcès, au niveau des fibres le rattachant à la colonne vertébrale et un fragment pariétal de la poche suppurée, ainsi qu'une tranche du tissu osseux de l'aile iliaque, pour les soumettre aux examens cytologiques et bactériologiques.

En résumé, nous avons trouvé une collection suppurée, limitée nettement par le fascia iliaca qui l'enferme à l'intérieur du psoas et de l'iliaque droits, d'un nourrisson d'un mois, mort de septico-pyohémie streptococcique.

Cet abcès est situé dans le corps charnu psoas-iliaque, dessine une cavité nette, close au dessus de l'arcade de Fallope, par une membrane pyogène bien individualisée se rétrécit en bissac sous ce ligament, et s'ouvre dans l'articulation coxo-fémorale, fusant dans la face interne de la cuisse, la fesse, l'espace de Retzius. L'arthrite suppurée coxo-fémorale n'est pas la cause, mais la conséquence de la psoïtis : la tête fémorale n'est pas séquestrée ; il n'y a pas d'ostéomyélite supérieure du fémur ; le fond du cotyle est intact.

Il n'y a pas au contact du psoas-iliaque et de son enveloppe fibreuse de suppuration adénitique, pas d'ostéite iliaque, ou vertébrale, pas de collection péri-néphrétique qui expliqueraient l'ensemencement par propagation à travers le fascia-iliaca du muscle.

L'origine septico-pyohémique, l'atteinte sanguine sont confirmées par les examens histologiques que nous avons pratiqués sur les fragments tissulaires prélevés au cours de notre examen nécropsique. Nous avons coloré nos coupes par la méthode de Claudius pour la recherche des germes gramophiles, et par technique histologique courante à l'hémalum-éosine-safran. Nos résultats ont été contrôlés par notre Maître, le Professeur agrégé Montpellier, chef des travaux d'Anatomie pathologique :

La paroi de la collection suppurée du muscle montre une réaction inflammatoire nette ; les fibres musculaires accusent les diverses modifications réactionnelles et régressives caractérisant toute inflammation musculaire. A l'examen aux colorations bactériologiques électives, on met en évidence la présence de germes en diplocoques non encapsulés et très courtes chaînettes ayant les caractères morphologiques des streptocoques,

surtout abondants au contact de la paroi de l'abcès, qui a plus l'apparence d'être dûe au tassement des fibres refoulées par le pus collecté, qu'une membrane pyogène nettement distincte.

Les ganglions sont le siège d'une grosse inflammation, caractérisée par l'hyperplasie et la mobilisation endothéliales — pas de collection suppurée, pas de micro-abcès. L'architecture est bouleversée, les centres germinatifs sont estompés. L'ensemble est le siège d'une congestion diffuse, intense. On ne trouve pas de streptocoques.

A noter dans la coupe du muscle, la présence d'un tronc nerveux, intact, non infiltré, non enflammé.

Il s'agit donc bien d'une myosite aiguë streptococcique du psoas droit, réalisée par ensemencement hématogène, au cours d'une septico-pyohémie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Siège de la collection. — En règle générale, les supurations aiguës primitives de la gaine iliaque sont unilatérales, et droites. Il n'est que le cas publié par Gleize, d'ailleurs discutable quant à l'ensemencement simultané des deux psoas, qui mentionne une lésion double.

OBSERVATION 3 (résumée)

Gleize 1894. — Psoïtis double supprimée

Soldat de 24 ans, hospitalisé pour fièvre typhoïde, présente tous les signes d'un syndrome dothiéntérique accentué d'une très vive douleur iliaque droite, calmée par la flexion de la cuisse sur le bassin. On attribue cet endolorissement au choc subi 3 mois auparavant, en ce point, contre la poignée d'un sabre-baïonnette, traumatisme qui aurait déterminé « de la péritonite localisée » ? Pendant 2 mois le soldat est traité médicalement ; l'état général subit des fluctuations successives, la température oscille de 37° à 40°, le malade maigrit, de l'oedème de la paroi abdominale apparaît. On finit par inciser, à l'anesthésie locale sur 4 cms au-dessus de l'arcade de Fallope — on livre passage à du pus noirâtre, fétide — on irrigue et draine la plaie opératoire. L'état général s'améliore, la température tombe et reste à la normale, la cuisse s'étend sans douleur.

Au 15^e jour, brusquement, la température remonte à 39° — de très vives douleurs inguino-iliaques gauches surviennent : le membre inférieur correspondant se fixe en flexion, irrédûctiblement ; de l'oedème, suscrural, apparaît — la fièvre prend encore le type oscillant. On réintervient pour psöitis supprimée gauche sous anesthésie à la cocaïne, incision sus-fallopienne de 6 cms. En relevant le përitoine on dissocie l'interstice psoas-iliaque, livrant passage à un flot de pus. Lavage antiseptique, drainage. L'écoulement diminue à droite. Malgré une amélioration de quelques jours, le malade meurt de « septicémie ». Il présen-

tait un oedème considérable des membres inférieurs, par compression des veines iliaques.

A l'autopsie, les 2 muscles psoas sont complètement détruits par la suppuration ; la collection gauche très considérable comprime les vaisseaux iliaques, elle s'est ouvert une voie sous la masse intestinale, dans le psoas droit ; c'est ce qui explique pour l'auteur, la diminution de l'écoulement du pus par là, quand le foyer gauche a été drainé, et l'échec relatif de la première opération.

Topa, Craciun, Dinischiotu ont récemment publié un cas de myosite rhumatismale non suppurée — qui sort donc du cadre de cette étude — des deux psoas.

Puisque, dans les psoïtis primitives, il ne peut être question du rôle de l'appendice dans la genèse des accidents, nous nous bornerons à signaler le fait.

Dimensions et étendue de la collection. — Les deux grandes formes de myosite décrites par Pergola dans sa thèse se rencontrent, au niveau du psoas :

a) Les lésions sont diffuses, étendues, dans toute la gaine. Le muscle est tuméfié, imbibé de sérosité rousâtre, hémorragique : il n'y a pas de pus collecté. C'est un véritable phlegmon diffus du muscle. L'évolution clinique est la plus grave.

b) Il existe un abcès collecté.

C'est le cas le plus fréquent. Les lésions occupent, en règle générale le tiers inférieur de la gaine iliaque, près de l'arcade crurale. Le pus est collecté, mais il n'existe pas de membrane pyogène limitante bien organisée qui s'oppose à sa propagation.

Les parois de l'abcès. — Les parois de l'abcès sont déchiquetées, anfractueuses formées de fibres muscu-

lares enflammées, nécrosées. Elles se continuent insensiblement dans le corps du muscle avec des fibres saines. Le fascia-iliaca épaissi, grisâtre, bombe fortement sous la poussée du pus sous tension.

La propagation du pus. — Comme nous l'avons dit en étudiant l'anatomie normale du canal iliaque, le pus peut traverser cette paroi aponévrotique qui l'enferme, par un orifice préformé — probablement très exceptionnellement — ou la rompre. Il se répand alors dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le péritoine est constamment intact, se laisse facilement décoller. Les viscères abdominaux ne participent en rien à la phlegmasie pariétale au contact du péritoine. Nous ne connaissons pas un cas de propagation directe, supérieure, à la plèvre et au poumon. Une observation de Laroyenne, citée par Gabas mentionne seule une pleurésie aseptique. L'os iliaque, après une longue période de stagnation du pus dans la fosse iliaque interne, peut être perforé. En dedans, le pus se propage dans les espaces cellulaires du petit bassin et de la fesse. Il peut en dehors et en arrière contourner la masse sacro-lombaire et se faire une issue sous la peau, au-dessus de la crête iliaque. Mais c'est surtout la partie de la gaine iliaque amincie et moins résistante, au-dessous de l'arcade crurale, qu'il traverse, et diffuse dans les espaces cellulaires de la racine de la cuisse. Dans ce trajet sous-fallopéen, à travers la bourse séreuse sous-ipoïque il inonde parfois la cavité synoviale de la hanche. L'arthrite n'atteint que la synoviale ; au début. Mais si on laissait le pus stagner longtemps au contact des extrémités osseuses, il

pourrait éroder les surfaces cartilagineuses, détruire le ligament rond. La tête fémorale pourrait se nécroser, se séquestrer en partie.

Le contenu de la collection. — Son abondance est très variable. Parfois, comme dans l'observation personnelle citée plus haut, il s'agit d'une fonte cavitaire totale du psoas-iliaque. Le pus est tout entier contenu sous le fascia-iliaca distendu, épaissi et enflammé, ou répandu hors de la gaine iliaque. Seules, quelques fibres musculaires sont intactes. Le pus collecté, est épais, bien lié, jaune-verdâtre, vert. Très souvent, il est franchement hématique, comparable selon l'expression de Chassaignac à « la boue splénique ». Il n'a pas d'odeur, alors que celui qu'on trouve dans les collections secondaires appendiculaires est grisâtre, très fétide, parfois gazeux putride. Il contient souvent des paquets de fibres musculaires nécrosées. De grands lambeaux grisâtres, effilochés qu'il faut extraire à la pince, véritables « séquestres musculaires » encombrant la cavité abcédée.

Il est remarquable de noter l'intégrité des nerfs du plexus lombaire au contact du pus qui les baigne. Ils sont quelquefois véritablement disséqués par la suppuration, tendus dans l'abcès, sans que le névrilemme soit plus que légèrement tuméfié et congestionné. Nous avons pu le vérifier même sur une coupe histologique: un tronc nerveux traversant les fibres musculaires malades était absolument sain, sans la moindre infiltration inflammatoire.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les lésions histologiques du psoas abcédé ont été peu étudiées. Nous avons pu vérifier qu'elles ne se différencient pas de ce qu'on peut constater dans toutes les myosites.

Destruction et dégénérescence. — Le tissu conjonctif interfasciculaire serait atteint le premier, d'oedème et de congestion. Dans un deuxième temps, se produit la diapédèse leucocytaire. Sur les coupes correspondant à des lésions évoluées ces caractères se rencontrent à distance des parois de l'abcès.

A un degré plus avancé, ce sont des lésions proprement musculaires qu'on découvre, les dégénérescences des myofibrilles, dégénérescence cireuse de Zenker, vitreuse de Wirchow, sont essentiellement caractérisées par la coagulation myofibrillaire. Le sarcoplasme est atteint de dégénérescence granuleuse, vaculoaire, ou graisseuse. Ces lésions élémentaires s'intriquent en donnant « une infinie variété de topographie et d'association » (Pergola).

Les lésions pneumococciques du psoas-iliaque, décrites par notre maître, Monsieur le Professeur Lombard ont les caractères particuliers des myosites à pneumococques, que Pergola signale en ces termes : « l'abcès est nettement circonscrit ; la fibre malade rencontre sans transition ou, presque la fibre normale ; cela résulte de la tendance nécrosante, mais limitée du processus pneumococcique ».

La réparation s'en trouve dans ce cas d'autant plus aisée.

Cicatrisation et régénération. — La cicatrisation et la régénération du psoas-iliaque après suppuration primitive sont très bonnes. La réparation fonctionnelle du muscle est excellente, nous le verrons plus loin. Elle se fait par bourgeonnement des fibres sectionnées chirurgicalement ou détruites par la suppuration. Il persiste une cicatrice fibreuse, dense, mais souple, non rétractile qui permet la reprise de la motilité. Le Professeur Le Fort et Ingelrans — on lira plus loin leur observation — ont constaté au cours d'une réintervention, la qualité de la cicatrisation chez un malade qu'ils avaient opéré antérieurement. Le psoas était reformé, dans une gaine iliaque épaisse, fibreuse, dense. Le muscle apparaissait plus petit ; les fibres, d'aspect tendineux, étaient très serrées les unes contre les autres, moins vascularisées qu'à l'état normal.

SYMPTOMATOLOGIE

Conditions générales d'observation. — Les suppurations aiguës primitives du canal iliaque atteignent le plus souvent des enfants et des adolescents, de deux à quatorze ans ; et deux à trois fois plus fréquemment des garçons que des filles. Hemmer en a publié une observation, restée sans analogue, chez un nouveau-né. On a vu, plus haut, la relation anatomo-clinique du cas d'un nourrisson d'un mois. Gangolphe a opéré par trépanation du bassin, un vieillard de 63 ans — on en trouvera plus loin l'observation résumée. Jusqu'à ces toutes dernières années on désigne la période de 25 à 45 ans comme celle du maximum de fréquence. C'est, croyons-nous, parce que toute boiterie, même très discrète, toute douleur coxo-iliaque chez l'enfant orientaient alors vers l'unique diagnostic de coxalgie, ou d'appendicite. La plus grande rigueur du diagnostic clinique au début des accidents, l'aide considérable que lui apporte la radiologie, donnent à l'observation des psoïtis primitives leur vraie place dans le cadre des affections iliaques. Et nous pensons, avec Ingelrans et Minne « qu'elles sont la forme qu'on observe presque exclusivement chez les enfants, malgré qu'on les considère comme exceptionnelles ».

1° Période de début

Le début des suppurations aiguës primitives du psoas iliaque et de sa gaine fibreuse est exceptionnellement

assez brutal pour faire recourir à un examen immédiat du malade, qui provoque encore plus exceptionnellement un diagnostic immédiatement sûr. L'apparition d'une douleur vive dans une fosse iliaque, ou une région lombaire, la mise en flexion spontanée de la cuisse sur le bassin viennent quelquefois apporter une note de précision, un signe de localisation à un syndrome infectieux grave, d'allure septico-pyohémique, dont la preuve est rarement possible, le malade mourant dans le collapsus et l'adynamie, sans que son organisme puisse collecter la supuration dans le psoas-iliaque. Ces cas redoutables, au-dessus de toute tentative thérapeutique sont heureusement peu fréquents. En voici un exemple :

OBSERVATION 4

(POPESCU-PODEANU)

Phlegmon de Brault. — Mort au cours de septicémie staphylococcique, vérification nécropsique du siège de la collection

Fillette M... F..., de 13 ans, soignée dans le service médical de l'hôpital d'enfants pour infection générale grave consécutive à l'évolution de deux plaies infectées du pied et du genou droits, suivie de douleur iliaque droite, fièvre élevée, de mauvais état général. L'enfant était soignée en ville ; la gravité de son état la fait hospitaliser.

Une éruption cutanée apparaît, constituée de macules rosées, surmontées de vésicules blanches, contenant du staphylocoque à l'état de pureté. L'hémoculture signe le diagnostic clinique de septicémie à staphylocoques.

A l'examen local, on constate une tuméfaction profonde de la fosse iliaque droite, d'où on retire par ponction du pus crémeux, contenant des staphylocoques. On intervient d'urgence ; on ouvre au-dessus de l'arcade crurale une collection sous-aponé-

vrotique abondante, dont l'exploration ne trouve aucun rapport avec un point osseux dénudé. On draine largement.

Malgré le traitement médical institué (hémo-transfusion, sérum sucré, toni-cardiaques, septicémine et alcool intraveineux) l'enfant succombe au 3^e jour et on vérifie à l'autopsie que la collection siège sous le muscle iliaque infiltré de pus ; le périoste étant intact, aucun point ostéitique d'apparent. C'est un cas d'inflammation iliaque connue sous le nom de phlegmon adénitique de Brault.

C'est donc toujours par un interrogatoire minutieux du malade, de l'entourage, des parents que nous avons accoutumé d'entamer notre investigation clinique. On apprend de la sorte que l'affection a commencé d'évoluer quelques jours après un petit accident. Sur le moment il a paru sans valeur, et on ne s'en est souvenu qu'après. Quelques excoriations superficielles des membres inférieurs, des genoux surtout, en ont résulté, vraiment insignifiantes chez un jeune enfant qui tombe plusieurs fois par jour, en jouant, ou parce qu'il commence de marcher.

D'autre fois, c'est un traumatisme plus violent qui a préludé aux signes infectieux. Il a pu être assez grave pour nécessiter quelques jours de repos, ou d'alitement: une chute sur la hanche, une contusion de la région lombaire, un coup de pied reçu d'un camarade dans la région iliaque. D'autres fois, encore c'est au décours d'une fièvre éruptive, ou après un épisode passager et fruste d'infection pulmonaire, et souvent sans conditions bien précises, que débute l'inflammation aiguë dans la gaine du psoas-iliaque.

OBSERVATION 5

(POPESCU-PODEANU)

Psoïtis streptococcique post-scarlatineuse

Garçon Israël R..., de 7 ans, ayant eu un rhumatisme infectieux post-scarlatin, avec arthrite suppurée de l'épaule gauche pour laquelle il a été opéré dans notre service. Au cours de la guérison, il s'est plaint de la hanche. On trouve alors dans la fosse iliaque une tuméfaction diffuse, indurée, atteignant la berge interne du bassin et jusqu'à 2 travers de doigt de la crête iliaque. La cuisse est fléchie sur le bassin et sa mobilisation réveille une vive douleur. La négativité de l'examen radiologique est formelle. Une ponction ramène du pus crémeux, renfermant des polynucléaires altérés et de nombreux streptocoques.

L'incision menée au-dessus de l'arcade crurale, avec décollement du péritoine vers le haut mène sur le fascia iliaque qui bombe. Une pince hémostatique y est enfoncée : du pus abondant en sort. On met le membre en extension continue.

L'enfant quitte l'hôpital complètement guéri ; il est revu plus tard, en parfait état de santé générale, sa hanche fonctionne tout à fait normalement.

Des douleurs apparaissent alors insidieusement. Très atténuées à l'extrême début, on ne leur accorde presque pas d'attention. Attribuées à une simple fatigue musculaire, une petite atteinte rhumatismale, à des « douleurs de croissance » — terme qui n'explique rien — elles progressent lentement, accompagnées d'une très légère claudication, très diffuses, avec un maximum inguinal ou lombaire. Très vite, en trois ou quatre jours, une douleur continue s'installe, lancinante et accompagnée d'élancements douloureux. Irradiée vers les lombes, la cuisse, le genou, dans le territoire des branches intrapsoïques du plexus lombaire, elle a son

maximum dans la fosse iliaque. La pression directe à cet endroit, ou dans les lombes, l'accentue. Le malade a remarqué que la flexion du membre inférieur la calme, ainsi que le repos couché : que l'extension l'exacerbe.

Bientôt, la marche est devenue pénible : chaque mouvement en mettant le fascia iliaque en tension augmente la vivacité de la douleur et ses irradiations. Le malade y remédie en fléchissant le tronc en avant. Puis la boiterie devient caractérisée, la flexion du corps en avant s'accentue — c'est la forme pseudo-coxalgique de la psoïtis — Elle impose le repos au lit.

Pendant cette période de douleurs, a existé un léger état infectieux général : température vespérale de 38°, accompagnée de malaise, d'anorexie, d'état saburral du tube digestif. Parfois, d'emblée, quelques frissonnements, des sueurs, un malaise général intense, un peu de diarrhée dénoncent une atteinte infectieuse plus sévère. La température est de 39°, le pouls rapide en concordance avec elle.

2° Période d'Etat

L'attitude vicieuse du membre inférieur frappe dès l'abord du malade. Elle consiste en une flexion très marquée, à angle aigu, appliquant très étroitement la face antérieure ou antéro-interne de la cuisse contre la paroi abdominale antérieure. Parfois on n'arrive que difficilement, ou pas du tout, à glisser la main entre les deux. Il y a deux façons de la rendre plus évidente,

lorsqu'elle est peu marquée : faire marcher le malade, ou le placer en décubitus sur une table d'examen. Immédiatement ainsi, on se rend compte de l'existence d'un certain degré d'ensellure lombaire, et de bascule latérale du bassin, du côté atteint. Un léger raccourcissement apparent du membre inférieur en résulte, qui disparaît dès qu'on rétablit la flexion spontanée.

La flexion souvent est pure, souvent aussi accompagnée d'abduction et de rotation externe, exceptionnellement interne. On a voulu voir dans ces variations du « signe du psoas » des signes spécifiques de lésions différemment évoluées. Gangolphe publie en 1897 les résultats de recherches expérimentales sur l'éversion du pied. Pensant que cette rotation en dehors indiquait l'atteinte articulaire, il parvint à la reproduire en sectionnant la face antérieure de la capsule. De là un élément de pronostic auquel nous n'accordons certes plus la même valeur. L'inversion, ou rotation interne, du pied, par contre rendrait compte du relâchement du muscle au contact d'une infection cellulitique ou adénitique située à son contact (Savariaud, et Bonvoisin). Enfin, selon Duplay et Gangolphe, la disparition de la flexion s'observerait parfois et du fait de la fonte totale du muscle psoas. Il est vrai de dire que, si nous ne l'observons plus, il n'est pas impossible qu'elle puisse exister. L'intervention précoce l'élimine de la scène clinique, mais il est utile de connaître ce signe.

D'une façon générale, nous pensons qu'il est trop systématique de vouloir donner aux modalités du signe

de la Motte une valeur séméiologique absolue de l'état anatomique des lésions.

L'état général retient aussi l'attention. Le facies est caractéristique, surtout chez l'enfant, de l'état toxico-infectieux : les traits tirés, les yeux cernés et brillants, la mine soufiteuse, le teint plombé sont suffisamment caractéristiques. La prostration et l'adynamie, ou le délire et l'agitation accompagnent la température en plateau, de 39°5, 40° ; ou oscillante avec frissons et sueurs profuses. Le pouls est petit et mou. Les urines, rares, contiennent rarement de l'albumine.

Signes locaux à rechercher. — Dès l'inspection du malade, l'attention est donc singulièrement mise en éveil. Il est cependant d'autres signes qu'il faut rechercher, dont la découverte enrichit et précise le bilan clinique, et aide au diagnostic.

Il faut palper la fosse iliaque. En déprimant doucement, lentement, avec méthode (comme on doit toujours le faire pour palper l'abdomen) la paroi abdominale antérieure au-dessus de l'arcade de Fallope, la main découvre un empatement dur, assez diffus, en fuseau irrégulier ou vaguement arrondi. Plaqué contre l'arcade crurale, et au contact immédiat du squelette ilio-vertébral, il n'est le siège d'aucune fluctuation. Le toucher rectal est souvent négatif : la tuméfaction, très haute, n'est pas bien appréciable. Piquet, dans un cas crut sentir un peu d'empatement. Rolland put déce-

ler une fois une vive douleur au détroit supérieur.

La pression détermine en quelques points localisés une douleur vive, qu'il faut rechercher. Immédiatement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, dans la partie externe de la fosse iliaque, et dans la région lombaire, au-dessus de la crête iliaque, ou au niveau du petit trochanter, dans la majorité des cas, la pression du doigt réveille une douleur nette. Ce dernier signe, mis en valeur par Gangolphe, qui en faisait un signe de grande valeur, a été récemment signalé à nouveau par Kofmann, (1) d'Odessa, qui lui accorde aussi beaucoup d'intérêt. Personnellement, il nous paraît s'agir plutôt d'une douleur superficielle, des parties molles atteintes par la suppuration. Sans qu'il soit besoin d'atteindre le plan osseux trochantérien, la dépression des muscles adducteurs, et surtout du tendon du psoas, suffit à provoquer la sensation douloureuse.

Signes négatifs. — Il faut s'efforcer de recueillir la certitude qu'il n'y a pas de lésion osseuse du voisinage au cours de cette exploration clinique. La pression est indolore en tous les points de la ceinture pelvienne accessibles par la fesse, la fosse iliaque, le toucher rectal ou vaginal. Les vertèbres lombaires sont indolores aussi, à la pression des apophyses épineuses ; au tassement à distance, à l'ébranlement latéral du rachis.

La hanche n'est pas bloquée. A partir du degré d'immobilisation en flexion spontanément réalisée l'exten-

(1) *Zeitschrift für orthopädische chirurgie*, tome II, fascicule 4 20 juillet 1928, pages 542-546.

sion du membre inférieur malade est strictement impossible, sans douleur et sans ensellure lombaire provoquées. Nous aimons le mettre en évidence de la façon suivante. Le malade est placé au bord de la table d'examen, ou en travers de son lit, les jambes pendant dans le vide, soutenu par un aide au niveau des aisselles. On le rassure et lui demande de se laisser aller en résolution musculaire complète. Immédiatement apparaît évidente l'impossibilité d'étendre la cuisse sur le bassin. La flexion plus complète est cependant possible, et indolente. En soutenant la face postérieure de la cuisse, pour conserver la flexion spontanée, on peut imprimer facilement, et sans provoquer de douleurs, des mouvements d'abduction, de rotation. Il faut agir lentement, sans secousse, avec beaucoup de douceur.

La palpation du pli inguinal, à ce stade, montre qu'il n'y a pas d'empâtement périarticulaire.

La pression de l'interligne, en dedans de la tête fémorale repérée par les battements artériels de la fémorale n'est pas, non plus, douloureuse. La douleur dans le genou, n'est qu'irradiée. Il n'y a pas d'empâtement périarticulaire, pas de choc rotulien. Tous les mouvements sont possibles, et normaux.

Examen sous anesthésie générale. — Il est parfois utile de recourir à l'examen sous anesthésie générale. Quelques bouffées de chlorure d'éthyle suffisent à donner un relâchement de la contracture, qui permet de mieux examiner la région malade. On prend ainsi une

notion exacte de la forme, de la consistance, du siège de la collection dans la gaine iliaque, au contact du squelette. Il est sans danger de recourir à ce mode d'examen : quelques minutes suffisent, on peut l'utiliser même chez un malade affaibli. A plus forte raison est-il utile pour l'observation d'un malade indocile, ou souffrant beaucoup. Chez l'enfant jeune, il est presque indispensable à un bon examen clinique. De toute façon, on ne doit jamais manquer d'y recourir quand l'exploration simple laisse le moindre doute sur la réalité d'une suppuration iliaque profonde, sous-aponévrotique.

Recherche de la porte d'entrée. — L'enquête clinique doit être terminée par la recherche de la porte d'entrée de l'infection dans l'organisme. On découvre, très souvent, à l'examen attentif des téguments du membre inférieur du côté atteint, les traces de plaies récentes. Cicatrisées entièrement déjà, elles sont en général entourées encore d'un liseré inflammatoire net. Parfois, sous la croûte hématique, qui les recouvre on trouve quelques gouttes de pus, ou de sérosité purulente. Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume, douloureux, rarement cependant enflammés et adhérents.

OBSERVATION 6 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie de la Faculté
(P^r LOMBARD)

Psoïtis primitive gauche, à staphylocoques — Incision et drainage
Guérison

La petite Micheline S..., 4 ans et demi, entre le 17 juin 1932, dans le service de la clinique chirurgicale infantile (Hôpital de Mustapha — Salle Curtillet, lit n° 11). Elle souffre de douleurs violentes, de la région iliaque gauche et son membre inférieur gauche, très impotent, refuse à peu près tout service.

Il y a deux semaines l'enfant, très bien portante, fit, le 4 juin, une chute sur le genou gauche, qui causa des plaies superficielles. On n'y accorda, malgré qu'elles furent, presque aussitôt, le siège d'une légère inflammation, que peu d'attention. L'enfant continua de marcher très bien, de jouer avec beaucoup d'entrain, jusqu'au 16 juin. Elle se plaignit, alors, pour la première fois, de douleurs à la marche, dans la région inguino-crurale gauche. En même temps, un léger crochet thermique apparaît (38°4).

Les jours suivants, les mouvements spontanés du membre inférieur gauche deviennent douloureux de plus en plus, la température atteint 39°. La fillette garde le lit.

Le 13 juin, sa mère constate que, sans recrudescence douloureuse nette, le membre inférieur gauche s'est fixé en flexion irréductible, de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse. Toute la région inguinale gauche devient douloureuse à la pression. La température oscille de 37°5 à 38° le matin, à 39° le soir. Et c'est devant la persistance de cet état qu'on amène Micheline à l'hôpital.

Il s'agit d'une fillette très bien constituée. Son facies immédiatement apparaît caractéristique de l'état infectieux : pâleur légèrement bistrée; cerne des yeux, traits tirés. La langue est saburrale; l'anorexie totale. L'enfant qui paraît souffrir beaucoup, redoute tout examen, et pour arriver même à découvrir la hanche malade, il faut user de beaucoup de douceur pour ne pas lui arracher des cris.

Le membre inférieur gauche est immobilisé en flexion, adduction légère et rotation interne, la face antérieure de la cuisse touche presque la paroi abdominale antérieure, la flexion dans l'articulation coxo-fémorale dépasse 90° ; on n'arrive qu'à peine, à glisser les doigts entre la région inguinale et la cuisse. Cette flexion est irréductible : la moindre tentative d'extension du membre inférieur provoque des mouvements de défense accompagnés de cris de douleur. Le bassin est solidarisé à la cuisse, et on n'arrive que très peu à réduire la bascule latérale de l'hémi-pelvis gauche vers la ligne médiane, et au prix, encore, d'une ensellure lombaire marquée. Par contre, l'accentuation de la flexion, jusqu'à flexion complète, est possible, et indolore absolument.

Le genou est fléchi à 90° environ, mais quand on soutient fortement la région postérieure de la cuisse, de façon à conserver la flexion spontanée de la cuisse sur le bassin, ou si on l'exagère, on arrive très facilement, et sans provoquer aucune douleur, à mobiliser l'articulation du genou, de la flexion complète, à l'extension complète.

Sur les téguments de la région latéro-antérieure du genou, et du tiers supérieur de la jambe gauche, on constate la présence de cinq petites excoriations fraîchement cicatrisées, et dont on voit encore le liseré inflammatoire rouge vif. Sur la face dorsale du pied gauche, on note aussi qu'il existe une petite lésion cutanée, encore recouverte d'une croûte hématique brunâtre, et bordée d'une zone inflammatoire.

Il n'y a pas d'adénopathie inguinale très importante : à la partie toute supérieure du creux inguinal gauche, la palpation décèle la présence de quelques ganglions petits, assez facilement mobiles ; peu douloureux, mais dont il n'y a pas de symétriques du côté droit.

Toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen est douloureuse à la palpation ; la paroi se défend nettement, et au maximum dans la région iliaque gauche. La fosse iliaque droite est entièrement libre, et en palpant doucement, on arrive à en déprimer la paroi jusqu'au contact du squelette, sans rien trouver d'anormal ; au contraire, dans la fosse iliaque gauche, on sent, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, et adhérente à

son tiers interne, une tuméfaction inflammatoire profonde, très dure, ligneuse, et très vivement douloureuse. On n'arrive que très difficilement à vaincre la résistance de la paroi, pas complètement et fait souffrir la petite malade. C'est pour cela, que le 19, pour prendre un contact plus exact avec la lésion, on recourt à l'examen sous anesthésie générale. On peut, alors, arriver à obtenir un peu d'extension de la cuisse sur le bassin, et surtout, après le relâchement de la paroi abdominale, on arrive à sentir très bien, dans la partie interne de la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade crurale, un empâtement fusiforme, circonscrit, adhérent à l'arcade, et très dur. Aucune fluctuation n'est perceptible.

Le diagnostic de psoïtis gauche est alors définitivement établi.

L'examen complet du squelette avoisinant le psoas gauche est négatif ; on ne détermine pas de douleur à la pression du rachis ; des corps vertébraux, ou des apophyses épineuses. Il n'existe pas, non plus de point douloureux dans toute l'étendue de surface osseuse pelvienne, accessible à la palpation.

L'articulation coxo-fémorale gauche est saine ; les mouvements de flexion, de rotation interne sont possibles. La pression de la région de l'interligne articulaire ne provoque pas de douleur. Le grand trochanter est indolore, et situé en place normale, sur la ligne de Roser-Nélaton. Le petit trochanter n'est pas douloureux non plus.

A l'examen radiologique du squelette rachidien, fait le 27 juin 1932, on ne constate pas de modifications de la structure osseuse. De face, corps et apophyses des vertèbres sont normaux, de forme et de texture. Les vertèbres lombaires sont tordues horizontalement autour de l'axe médian, vers la gauche, en raison de l'attitude antalgique prise spontanément par la petite malade, toujours couchée sur le côté sain, ou le dos. De profil, la radiographie du rachis est aussi normale, en tous points.

La radiographie, de face, de la région coxo-fémorale ne montre que l'attitude de défense prise par le membre inférieur gauche ; le fémur gauche est en rotation interne, la moitié gauche du bassin vue en raccourci, semble moins large que celle du côté droit. Au niveau du sacrum ; de l'aile iliaque, du

pubis, de l'ischion, et du fémur, on ne constate aucune tache suspecte, aucune modification de densité du tissu osseux. En aucun endroit, en somme, il n'y a de signes radiologiques d'ostéite.

Les interlignes articulaires sacro-iliaque et coxo-fémoral sont très clairs : le cartilage n'est pas modifié, et les contours des extrémités articulaires sont dessinés avec une netteté et une régularité parfaites.

Se projetant sur la région trochantérienne et le col du fémur, on constate la présence d'une ombre dense, assez régulière, un peu plus intense dans la partie interne de la cuisse, au contact du petit trochanter. Cette ombre semble bien indiquer la présence de la collection suppurée du psoas.

L'examen des éléments figurés du sang, fait le 17 juin, indique une formule leucocytaire de suppuration : 19.600 leucocytes, avec 85 % de polynucléaires neutrophiles.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39° ; la fluctuation apparaît. La tumeur inflammatoire située au-dessus de l'arcade de Fallope adhère maintenant aux téguments : le pli cutané à ce niveau est impossible. A la partie interne de la racine de la cuisse, sous l'arcade crurale, la peau est rouge, enflammée, un peu luisante. La douleur à la pression est très vive, là. Toute la région est fortement infiltrée.

L'état général est atteint ; le faciès est tiré, le teint plombé, avec un cerne important des yeux, la bouche et la langue sabburrales, l'anorexie est totale.

Le 4 juillet 1932, l'intervention chirurgicale est pratiquée par le Docteur Chevaux, chef de clinique, sous anesthésie générale (Kélène-éther) :

Incision de découverte de l'artère iliaque externe, à gauche. En traversant la couche musculaire abdomino-antérieure, on tombe immédiatement sur une collection sous-péritonéale tendue, dont on effondre très facilement la paroi antérieure, formée par le fascia iliaca, au moyen d'une pince de Kocher. Un flot de pus crémeux, très bien lié, en sort. On en prélève immédiatement pour l'étude bactériologique. Par l'orifice, ainsi créé par la pince, le doigt introduit dans la cavité abcédée, détruit les quelques

brides qui traversent et cloisonnent la collection. On explore ainsi, en remontant vers le squelette lombaire, la gaine du psoas, sans rencontrer en aucun point, de fusée purulente. En descendant, on arrive par la paroi de l'abcès, jusqu'au contact du petit trochanter, sans rencontrer ni point osseux dénudé, ni diverticule ou trajet vers les plans anatomiques voisins : on n'arrive, en particulier, pas sur le squelette de l'articulation coxo-fémorale.

La collection purulente ouverte, est donc bien située dans la gaine du psoas, et là seulement, elle y a été primitivement formée et ne provient pas d'une suppuration de voisinage.

Sans pratiquer de contre-incision lombaire, ni inguino-crurale, on enfonce un drain, qui, aux pansements post-opératoires suivants, est raccourci progressivement. On l'enlève au dixième jour.

Aussitôt après l'opération, le membre inférieur gauche est placé en extension continue par appareil de Tillaux, avec tractions à poids croissant (1, 2, 3, 4 kgs) progressivement.

Le pus prélevé en cours d'intervention, contient du staphylocoque, à l'état de pureté.

Le soir de l'intervention, la température est de 40° : elle tombe rapidement ; en cinq jours, et en lysis, à la normale. L'état général s'améliore parallèlement, l'appétit revient. L'enfant quitte le service, guérie au 17^e jour après l'intervention, le 22 juillet.

La plaie est presque entièrement cicatrisée ; tous les mouvements du membre inférieur gauche, actifs et passifs, sont possibles, et d'étendue normale.

OBSERVATION 7 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

Psoïtis gauche primitive à staphylocoques guérie par incision et drainage

K... Amar ben Mohamed, 14 ans, garçon indigène, est hospitalisé dans le service le 21 août 1934 pour « phlegmon inguinal gauche », apparu depuis quelques jours, et secondairement à l'évo-

lution d'une excoriation superficielle cutanée située à la face antérieure de la jambe, au niveau du tendon rotulien ; qui a suppuré quelques jours durant, et encore est recouvert d'une croûte hématique brune, sous laquelle se voient quelques gouttes de pus.

A l'entrée de l'enfant dans le service, on constate au-dessus du ligament de Poupart, l'existence d'une inflammation dure, non fluctuante, très douloureuse à la palpation. Les téguments la recouvrant sont légèrement infiltrés, oedématisés, rouges. La cuisse gauche est en demi-flexion sur le bassin, irréductiblement fixée, rendant toute extension impossible (la moindre tentative de mobilisation étant très douloureuse). Les autres mouvements de la cuisse sur le bassin sont normaux d'amplitude, hormise l'adduction légèrement amoindrie. Température de 40°2 le jour de l'entrée.

On injecte tous les 2 jours du propidon : 1 cc., puis 1 cc. 1/2 et 2 cc. De grandes oscillations apparaissent de 37° à 40°. La fluctuation est évidente au niveau de la collection iliaque.

Intervention chirurgicale, par M. Lombard, le 31 août, sous anesthésie générale au Kélène et à l'éther. L'incision iliaque gauche juxta-épineuse conduit sur le pus, dès après incision de l'aponévrose. L'exploration de la cavité abcédée au doigt, conduit dans une large poche bridée en bas par l'arcade crurale, remontant très haut, dans la gaine du psoas et d'où s'écoulent 500 grs environ de pus verdâtre dont l'examen direct (Mme le D^r Suda-ka-Planty, chef du laboratoire du service), montre la présence de staphylocoque doré. Drainage par 2 mèches de gaze entourant un gros tube de caoutchouc.

La température tombe, et se maintient 5 jours à la normale ; puis remonte progressivement jusqu'à atteindre 40°, cédant à la révision du drainage, au remplacement du premier drain, par un plus volumineux, et plus long. La suppuration est alors abondante ; la température tombe à 38°, puis à la normale. La cicatrisation se poursuit dès ce moment, normalement ; les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin réapparaissent, normaux, non douloureux.

L'enfant quitte le service par évacuation sur la clinique dermatologique au début d'octobre, pour une dermite aiguë évo-

luant depuis quelques jours. La plaie opératoire est entièrement cicatrisée, le psoas fonctionne normalement.

OBSERVATION 8 (Inédite)

*Psoïtis gauche, adénolymphangitique probable consécutive
à l'évolution d'une plaie infectée du gros orteil*

(D^r LAGROT)

Un manœuvre indigène de 25 ans, Ch... ben Mohamed, subit un traumatisme du pied gauche par une roue de camion (écrasement de la dernière phalange du gros orteil). La plaie, vue assez tardivement, est infectée. On la met à plat, après désarticulation phalango-phalangienne, sans suture.

Les suites immédiates sont simples. La température est normale au 4^e jour, la plaie opératoire se déterge, bourgeonne régulièrement, sans suppuration : aucune trace d'ostéite. Tout paraît devoir aller pour le mieux.

Au 12^e jour, commence une série d'accès thermiques irréguliers, survenant tous les 4 à 5 jours à 39°, accompagnés de douleurs gastriques vives. L'examen de l'abdomen ne montre rien d'anormal ; pas de splénomégalie, en particulier. Et malgré l'absence à l'examen hématologique, d'hématozoaires, on institue, traitement d'épreuve, l'administration quotidienne de 2 grs. de quinine pendant 11 jours. Sans résultat : la température monte, régulièrement à 40°. En même temps, apparaissent des cordons lymphangitiques tronculaires, isolés, sans oedème, ni inflammation tégumentaire, et siégeant au mollet. Le malade accuse une vague douleur inguinale, très imprécise. L'exploration trouve dans cette région quelques petits ganglions mobiles, non enflammés, et indolores.

Le 6 février, sur le malade couché, apparaît, subitement une attitude irréductible de flexion de la cuisse sur le bassin. La fosse iliaque interne renferme une tumeur douloureuse, fluctuante au-dessus de l'arcade de Fallope. On décide d'intervenir, après injection de 4 cc. de propidon pour mieux collecter le pus.

Le 8 sous anesthésie générale rapide au chlorure d'éthyle, on aborde la fosse iliaque interne par laparotomie sous-péritonéale juxta-épineuse, pensant trouver une masse inflammatoire adénitique ou adénophlegmoneuse iliaque interne peut-être une psoïtis. On arrive par cette voie, sans rien découvrir d'anormal, jusque sur le fascia iliaca, intact d'aspect, mais qui bombe dans le fond de la plaie. On l'incise : du pus jaillit, jaune crème, bien lié, du pus louable. On explore la cavité abscédée au doigt : on a l'impression qu'elle est développée entre le muscle et le fascia-iliaca qui bride nettement toute progression vers le haut, étant très peu décollé, sur une faible hauteur, du plan musculaire. Il s'agit bien d'une psoïtis, sans discussion possible, d'un abcès intra-psoïque. On termine cette opération par drainage au moyen d'un gros tube de caoutchouc.

Douleur et température de 39°, le lendemain en raison d'une rétention passagère du pus. Puis le drainage s'établit suffisant, la température tombe à la normale définitivement. Au 18^e jour après l'opération, le blessé quitte la clinique, entièrement guéri ; sa plaie est cicatrisée, les mouvements de la hanche sont parfaitement normaux, de force et d'amplitude.

OBSERVATION 9

Psoïtis primitive droite à staphylocoques

(INGELRANS et MINNE)

Van A... Albert, 2 ans.

Les parents du bébé nous apprennent que celui-ci fit, il y a six semaines une chute sur le genou droit, et présenta une plaie assez étendue qui s'infecta secondairement. Elle suppura assez longtemps et l'enfant présenta d'abord une adénite inguinale à caractères nettement inflammatoires. Les ganglions très gros et douloureux se transformèrent en adéno-phlegmon et s'abcédèrent. On ouvrit l'abcès d'où s'écoula une abondante quantité de pus.

Dans les jours qui suivirent, apparut une tuméfaction située au-dessus de l'arcade crurale dans la fosse iliaque droite. C'est cet incident qui motiva l'envoi à l'hôpital, le 8 février 1928.

L'enfant, apparemment robuste et bien constitué, ne paraît pas très infecté. Sa température est à 38°. L'examen local permet de noter une tuméfaction du volume du poing, située au dessus de l'arcade de Fallope et occupant toute la fosse iliaque. Pas de modifications des téguments à ce niveau.

Cette tumeur est dure, douloureuse, et fluctuante. Elle se prolonge en bas par une zone d'empâtement, occupant tout le carrefour ganglionnaire de la racine de la cuisse. On retrouve en ce point la cicatrice de l'incision de l'adénophlegmon.

Pendant toute la durée de l'examen, l'enfant maintient sa cuisse en flexion sur le bassin (100° environ) et sa jambe fléchie. Le membre inférieur droit n'est cependant ni en adduction ni en rotation externe appréciables.

Il n'y a aucune réaction articulaire de la hanche.

La région appendiculaire est parfaitement indolore.

La fosse lombaire et le rachis ne présentent aucune particularité.

Les autres appareils sont entièrement normaux.

L'intervention est décidée et pratiquée sous anesthésie générale à l'éther.

Incision oblique partant de l'épine iliaque antéro-supérieure parallèle et sus-jacente à la moitié externe de l'arcade de Fallope. Les tissus sont oedématisés. Ouverture de la gaine du psoas. Ecoulement d'une énorme quantité de pus épais, bien lié, jaunâtre, sans odeur.

Mise en place d'un gros drain.

L'enfant est complètement guéri et sort 15 jours plus tard, le 26 février 1928.

Ex. Bactériologique : direct et culture : staphylocoque doré.

Ex. radiographique : ne décèle rien d'anormal au point de vue osseux.

C'est quelquefois comme dans l'observation suivante une lésion d'impetigo des téguments du membre inférieur qu'on rencontre.

OBSERVATION 10 (inédite)

(dûe à l'obligeance de notre ami le D^r P. Guedj, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Constantine)

Psoïtis droite en apparence primitive, consécutive à l'évolution d'un impetigo du dos du pied. — Incision et drainage. — Guérison

Le jeune I. B..., 10 ans nous est amené en consultation parce que, depuis quelques jours, il se plaint de violentes douleurs ilio-abdominales accompagnées de température continue entre 39° et 40°.

A été soigné, il y a une quinzaine de jours, par un médecin de la ville pour des lésions assez discrètes d'impetigo, localisées à la face dorsale du pied droit, et guéries par un traitement rapide, et simplement.

L'examen physique décèle alors un très gros empâtement du pli inguinal, de toute la fosse ilio-lombaire droits. La cuisse s'est lentement, et progressivement fixée en flexion, maintenant irréductible et considérable, appliquant étroitement la face antéro-interne contre la paroi abdominale.

On intervient sur la collection suppurée par incision sous-péritonéale juxta-iliaque. On libère ainsi du pus abondant (350 grs. environ) contenu dans l'intérieur de la gaine du psoas. Un échantillon est prélevé pour examen bactériologique (présence de staphylocoques et de streptocoques abondants). Drainage au moyen d'un tube de caoutchouc laissé 6 jours en place.

Guérison complète en 15 jours avec restauration fonctionnelle parfaite.

D'autres fois, c'est sur le reste des téguments qu'on trouve une lésion infectée, une suppuration, d'où les germes ont envahi la circulation générale. Les observations suivantes en sont des exemples.

OBSERVATION 11 (résumée)

*Psoïtis droite septico-pyohémique consécutive à l'évolution
d'un anthrax (ABBATUCCI, 1911)*

Elle concerne l'histoire d'une jeune femme chinoise de 23 ans, traitée pour asthénie sans tare organique vraie. Au cours de l'évolution, d'ailleurs très simple, d'un volumineux furoncle-guêpier de la nuque, une douleur iliaque droite apparaît. L'exploration soigneuse de la région permet de rejeter l'hypothèse d'une inflammation abdomino-pelvienne : péritonéale, appendiculaire, ou métroannexielle, et de constater l'existence d'un empâtement sus-crural dur. Puis apparaît une attitude « coxalgique », cuisse en flexion, adduction, rotation interne, accompagnée de température entre 38° et 39° et d'altération nette de l'habitus général.

On intervient, sous le chloroforme, au 6^e jour. Par incision parallèle à l'arcade de Fallope, et en traversant méthodiquement les divers plans anatomiques on trouve à l'incision du fascia iliaca, du pus lié, épais. L'exploration digitale de la cavité purulente permet, en évacuant des débris musculaires sphacéliques nombreux, de constater qu'elle est formée de deux portions répondant au psoas et à l'iliaque.

L'amélioration est progressive, accompagnée d'une chute thermique en lysis, la malade guérit en 2 semaines.

OBSERVATION 12

*Psoïtis aiguë primitive droite consécutive à l'évolution
d'une plaie infectée du coude gauche (ROLLAND)*

B... Louis, 15 ans et demi, est admis à l'hôpital le 14 octobre 1928. Candidat à l'Ecole des Apprentis Marins, il souffre depuis quelques jours du genou droit, et de la hanche droite. Les douleurs auraient fait leur apparition au cours du voyage qu'il vient d'accomplir d'Oran, où réside sa famille, jusqu'à Brest. Au début il s'agissait plutôt de gêne douloureuse, accentuée

au moment où le malade voulait quitter une position de repos. Puis survinrent des arthralgies fugaces du genou droit, calmées par le repos. A l'Infanterie de l'Armorique, on observa une réaction fébrile aux environs de 38° : elle persiste encore au moment où ce jeune garçon arrive à l'hôpital.

Il n'y a rien à retenir de l'étude de ses antécédents, si ce n'est qu'il avait présenté, peu de temps avant de quitter sa famille, une petite lésion suppurée de la région olécrânienne gauche avec lymphangite, lésion qui n'était pas encore complètement cicatrisée à son départ.

B... est un sujet de constitution médiocre, présentant des signes cliniques d'anémie, de dénutrition.

L'examen des divers appareils viscéraux montre leur intégrité.

Le malade accuse une douleur persistante à la hanche droite.

L'exploration révèle une sensibilité exagérée de tout le flanc droit, avec contracture réflexe de défense. Il est difficile de préciser un point plus particulièrement douloureux dans toute cette région.

La région lombaire droite paraît tuméfiée, sans qu'il y ait de modification apparente des plans superficiels. Le point costo-lombaire est très douloureux.

Le genou droit est souple.

Par contre, on observe une flexion permanente de la cuisse droite qui forme un angle de 130° environ avec le tronc.

Les muscles péri-articulaires sont en état de vigilance, et s'opposent à la mobilisation de l'article. Les efforts d'extension du membre déterminent l'exagération de l'ensellure lombaire.

De même la flexion de la hanche est un peu limitée, comme l'abduction.

Par ailleurs, pas de modification de la morphologie de la région ilio-crurale.

La percussion du grand trochanter n'est pas douloureuse.

La pression de la tête fémorale au triangle de Scarpa est ressentie très douloureusement. Le pincement des masses musculaires, du tenseur du fascia lata et des adducteurs surtout, est très sensible.

Le toucher rectal ne révèle pas de tension, ni de point particulièrement douloureux.

Le 25 octobre, le même syndrome persiste. La pression du triangle de Scarpa réveille une douleur plus vive encore, et la palpation bi-manuelle de la fosse lombaire montre qu'elle est un peu plus empâtée. La fièvre était tombée depuis quelques jours ; on note aujourd'hui un état sub-fébrile.

L'examen du sang donne les nombres suivants :

Globules rouges 4.495.000

Globules blancs 20.150

dont 79 p. 100 de polynucléaires.

Le 3 novembre :

Globules blancs 12.400

Polynucléaires 70 p. 100

Le 20 novembre :

Globules blancs 13.175

Polynucléaires 59 p. 100

Le 7 décembre :

Globules rouges 2.542.000

Globules blancs 17.825

Polynucléaires 79 p. 100

Le 13 décembre le médecin traitant demande une consultation chirurgicale. La flexion de la cuisse, l'ensellure lombaire toujours aussi marquées, l'apparition récente d'une voussure de la fosse iliaque droite avec circulation veineuse collatérale discrète, et une ponction exploratrice enfin positive, l'y ont incité. L'aiguille a ramené du pus franc, accessible à une profondeur de 5 centimètres, dans la fosse iliaque. L'examen bactériologique y a révélé le staphylocoque.

Le 14 décembre, une incision de 6 centimètres est faite en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, le long d'une aiguille introduite dans l'abcès. On ponctionne les muscles au bistouri et l'ouverture ainsi faite est agrandie à l'aide d'une pince de Kocher dont on écarte les mors. On place un drain dans la brèche. Plus d'un litre de pus est ainsi évacué.

Un mois après, le 15 janvier, le malade est guéri. Son poids, qui était de 42 kilogrammes le 1^{er} décembre, est passé à 49 kilogrammes. Les mouvements de la hanche sont d'amplitude normale et la marche, se fait sans boiterie.

Examen radiologique. — Pour confirmer l'absence de toute cause osseuse de la suppuration ilio-psoïque nous recourons systématiquement à l'examen radiologique du bassin, du segment dorso-lombaire de la colonne rachidienne, de la hanche. Les causes d'erreurs, dans l'examen radiographique du squelette pelvien, sont nombreuses : la superposition des ombres osseuses, les taches opaques dues aux fèces et aux gaz intestinaux doivent faire étudier les clichés de très près, et avec beaucoup de soin et d'attention. Plusieurs clichés sont parfois utiles. Ne pas découvrir d'altération de la densité et de la structure osseuses, ne doit pas faire exclure absolument et immédiatement toute possibilité d'une lésion primitive osseuse (Mouchet).

Un deuxième point fixe tout notre intérêt, dans l'étude du cliché : déceler une arthrite coxo-fémorale. La conservation d'un espace clair inter-articulaire normal, non agrandi ; des contours bien dessinés des extrémités articulaires, dans leur rapport normal (tête fémorale ne dépassant pas l'horizontale du fond du cotyle, cintres cervico-obturateur, et externe, normaux) nous font rejeter l'hypothèse d'un épanchement secondaire dans la hanche. La densité, la texture des os intégralement conservées infirment l'hypothèse d'arthrite aiguë ostéomyélitique compliquée, comme dans le cas publié par Acquaviva et Darcourt, de phlegmon psoïque secondaire.

Examens de laboratoire. — Enfin, nous demandons toujours confirmation de la réalité de l'infection du

canal iliaque, au laboratoire. Une leucocytose abondante, de 15 à 20.000, avec 80 à 90 % de polynucléaires désigne nettement la suppuration aiguë à marche rapide, collectée. Une albuminurie légère, par congestion rénale, quelques cellules leucocytaires peuvent se trouver, qui seraient, selon Israël et Berhmann, une indication de la participation de l'atmosphère cellulo-adipeuse périrénale à la suppuration ilio-psoïque.

En somme, les signes de la période d'état sont peu nombreux, mais très nets. Ils permettent de reconnaître vite la présence d'une collection abcédée dans la gaine du psoas. Qu'on attende quelques jours, ou qu'on examine le malade quelques jours après ce stade, d'autres signes apparaissent, qui éclairent définitivement le tableau clinique. Plus tard encore ce sont des complications véritables, et graves, qui résultent de l'évolution de la suppuration primitive ilio-psoïque ; parfois malgré l'intervention chirurgicale.

3° Evolution

Il existe maintenant au-dessus de l'arcade de Fallope une voussure visible, qui tuméfie la partie inférieure de la fosse iliaque. Elle s'étend un peu en hauteur, et plus en largeur, parfois depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au pubis. Les signes d'inflammation locale sont très évidents : oedème important, douloureux, gardant le godet d'empreinte, rouge, et chaud ; chez l'enfant un réseau peu étendu de veinosités qui marbrent la peau du creux inguinal. Les muscles abdo-

minaux se défendent alentour de cette tuméfaction. C'est avec une grande douceur qu'on doit palper la région pour se rendre compte de l'existence de la fluctuation d'ailleurs extrêmement nette.

La suppuration, à ce stade, a franchi la paroi aponévrotique du canal iliaque. Le pus est répandu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et progresse selon la disposition topographique que nous avons indiquée plus haut. Par le canal iliaque, il passe sous l'arcade crurale. La tuméfaction apparaît voussurant le triangle de Scarpa, vers le petit trochanter. Elle soulève les vaisseaux fémoraux qui battent au-devant d'elle, très superficiellement (signe décrit par Dance) parfois assez comprimés pour gêner la circulation de retour, d'où l'apparition d'un oedème de stase, unilatéral. La collection en bissac, étranglée sous l'arcade crurale, est le siège de fluctuation à bascule très caractéristique, par refoulement du contenu d'une poche dans l'autre. Ce signe est absolument pathognomonique de l'existence d'une collection liquide dans la gaine du psoas-iliaque. Le signe de Gangolphe est indiscutable, le pus étant répandu au devant du petit trochanter.

Contournant la masse sacro-lombaire en dehors, le pus vient sous la peau, au-dessus de la crête iliaque, dans le triangle de Petit, ou le quadrilatère de Grynfelt. D'autres fois, il infiltre la fesse, passé à l'émergence du nerf sciatique, sous l'échancrure sciatique. L'abcès est dans ce cas réductible par la pression, et décelable par le toucher rectal sur la paroi du petit bassin. Velpeau a noté que c'est parfois plus bas, entre les fessiers

et le triceps qu'il apparaît, ou dans la région ischiatique. C'est probablement la pesanteur, le poids des viscères abdominaux, leurs mouvements péristaltiques incessants qui conditionnent cette propagation : on ne connaît pas d'exemple d'infection pleurale directe à travers l'hiatus costo-diaphragmatique, cependant possible anatomiquement. Une seule observation de pleurésie, aseptique d'ailleurs nous est connue.

OBSERVATION 13 (résumée)

*Psoïtis survenant après lymphangite suppurée de la cuisse
guérison après pleurésie aseptique de la base droite*

(LAROYENNE 1928 in thèse GABAS)

Un homme de 25 ans voit apparaître après une plaie infectée de son pied une lymphangite tronculaire de la cuisse droite qui s'abcède et qu'on incise au 25^e jour. La fièvre se maintient cependant, élevée, accompagnée de douleurs lombo-iliaques, d'induration profonde dans la fosse iliaque interne. La cuisse se met en flexion sur la jambe, sans atteinte articulaire coxo-fémorale.

Incision sus-fallopienne, évacuation d'un abcès situé dans le muscle iliaque ; contre-incision lombaire. Trois jours plus tard, épanchement sérohématique de la plèvre droite, tari par une seule ponction.

Guérison fonctionnelle excellente.

Le malade est dans un état général très grave, pendant cette évolution. La température est en plateau stable à 39° - 40°, ou bien oscille, avec de grandes rémissions matinales. Le poulx, petit, suit parallèlement,

l'hyperthermie. Le facies est celui d'un grand infecté : teint terreux ; lèvres et langue sèches, fuligineuses. La peau est couverte de sueur visqueuse. Les urines épaissies, hautes en couleur, sont rares. La prostration, l'adynamie, ou le délire soulignent la sévérité de la toxinfection.

4° Complications

Au cours de cette évolution, des complications, heureusement rares, peuvent apparaître. Leur gravité redoutable rend fatale l'issue de la maladie.

C'est une constatation opératoire courante, que le péritoine reste remarquablement impassible au contact des suppurations psoïques mêmes répandues hors de la gaine iliaque. Exceptionnellement, cependant, il peut se laisser envahir. Le pus répandu dans la grande cavité péritonéale libre de toute adhérence détermine une péritonite suraiguë, mortelle. Perrochaud en 1837 découvrit cette complication à l'autopsie d'une femme morte subitement.

OBSERVATION 14

Psoïtis consécutive à un accouchement ; ouverture de l'abcès dans le péritoine (PERROCHAUD 1837)

(Résumée)

Une jeune femme de 30 ans, accouche normalement ; ses relevailles sont normales aussi. Quelques jours plus tard, apparaît accompagnée de douleurs progressives du flanc gauche et

de flexion de la cuisse sur le bassin une tumeur ilio-abdominale importante. La malade meurt subitement dans la nuit. Perrochaud découvre à l'autopsie du pus dans le péritoine, perforé au contact d'une volumineuse collection contenue dans le psoas et le fascia iliaque.

En voici une observation inédite, de la clinique chirurgicale infantile d'Alger.

OBSERVATION 15 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie (P^r CURTILLET)

*Phlegmon du psoas propagé à la cuisse. Incisions iliaque et inguinale. Péritonite secondaire au 8^e jour. Laparotomie
Mort*

Saïdani Baya, fillette indigène âgée de 8 ans, venant de La Réghaia, entre à la clinique chirurgicale infantile, lit n° 43, le 16 octobre 1920.

Elle aurait reçu, il y a deux mois, un coup de tête d'un mouton, dans le flanc gauche. Depuis, elle est alitée, prise de température surtout vespérale, sans signes péritonéaux, sans vomissements.

A son entrée dans le service, le membre inférieur gauche est en flexion et abduction, avec un certain degré d'ensellure lombaire. Pas de température, état général relativement bon.

A la palpation de la fosse iliaque gauche, on sent une collection occupant toute la fosse iliaque interne, surtout marquée en dedans et en arrière, mais étendue aussi vers l'extérieur, contre l'aile iliaque.

La fesse gauche est normale.

Le trochanter gauche est normal, aussi.

La colonne vertébrale n'est pas douloureuse ; en très légère cyphose dorso-lombaire. Le sacrum est normal.

Toute tentative de mobilisation (en particulier l'extension de la cuisse sur le bassin est très douloureuse). L'abduction

dans l'articulation coxo-fémorale est très limitée, la flexion reste possible, spontanément.

En explorant de plus près, la collection iliaque on sent en un point une fluctuation évidente de la fosse iliaque au triangle de Scarpa, sous l'arcade crurale. Il existe une adénopathie inguinale superficielle bilatérale.

Intervention chirurgicale le 20 octobre 1920 ; sous l'anesthésie générale, on pratique une incision de 5 cms de long à un centimètre de distance au dessus de l'arcade crurale, et dont le point infime est très nettement au-dessus du passage des vaisseaux fémoraux. La paroi incisée, on effondre du tissu dur, et lardacé qui mène dans une poche purulente, d'où s'écoule du pus, en très grande abondance.

Le doigt, pénétrant sous l'arcade crurale, sous le facia-iliaca, peut se diriger vers le bas, sous l'aponévrose décollée de la cuisse, dans le triangle de Scarpa. On fait ici une contre-ouverture de quelques centimètres de long, par laquelle on passe un drain, qui la réunit à la première incision, en passant sous l'arcade de Fallope. Un deuxième drain est poussé, vers le haut, dans la collection de la fosse iliaque gauche.

L'examen du pus, prélevé à l'intervention, montre des staphylocoques, à l'état de pureté.

L'examen du sang, du 22 octobre donne pour résultat :

GR : 3.900.000 ; GB : 12.000 ; Polynucléaires, 46 ; Monocytes, 13 ; Lymphocytes, 40 ; éosinophiles, 1.

Les suites opératoires, pendant une semaine sont normales. Mais le 27 à 15 heures, l'enfant, brutalement est prise d'un grand frisson. La température est de 39°5. Elle refuse toute nourriture, sans vomir cependant.

Le lendemain, 28 octobre, le ventre est ballonné, très douloureux, surtout à l'épigastre. Le pouls est à 140, la température de 39°5. Pas de vomissements. Le faciès de l'enfant n'est pas inquiétant.

Le 30, la température tombe ; le pouls est incomptable ; le faciès tiré, péritonéal. L'abdomen uniformément météorisé est très douloureux

Immédiatement, on intervient, par laparatomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur des anses grêles, très dilatées, entre lesquelles on rencontre une sérosité purulente abondante, qu'on

évacue à la compresse. Ce pus vient de la fosse iliaque gauche, dans laquelle il apparaît qu'il y a eu effraction du péritoine par la collection purulente pré-existante.

L'état général est extrêmement grave : on place deux drains dans la partie inférieure de l'incision, qu'on referme en partie au fil de bronze. Position demi-assise. Traitement médical adjuvant.

L'enfant meurt à 14 heures, le même jour, après des vomissements très abondants.

La thrombose des veines iliaques est exceptionnellement la cause d'une embolie foudroyante comme dans l'observation citée par Polaillon.

OBSERVATION 16 (résumée)

(POLAILLON 1879)

*Embolie cardiaque ayant causé la mort subite
dans le cours d'une psoritis suppurée*

Femme de 38 ans, atteinte de douleurs lombaires progressivement plus aiguës. Douleur à la pression sur tout le trajet du psoas, et surtout sous l'arcade de Fallope. Empâtement profond, fusiforme, à la partie interne de la fosse iliaque. Petit bassin normal (toucher vaginal) Etat saburral du tractus digestif. Fièvre.

Mort subite, avant l'intervention. Autopsie : collection de pus épais dans la gaine du psoas, modérément distendue. Veines iliaques externe et primitive adhérentes au fascia iliaque et enflammées, contenant un caillot se prolongeant dans la fémorale et la cave inférieure. Caillot dans le cœur droit.

L'hémorragie foudroyante par ulcération des vaisseaux iliaques externes et fémoraux est elle aussi au-dessus de la thérapeutique. Si le malade est attentivement surveillé, et qu'on ne laisse pas trop longtemps un

drainage par tube rigide au contact de ces gros troncs vasculaires elle ne peut être dûe qu'à la chute d'une escharre pariétale vasculaire. De petits saignements répétés, quelquefois plus importants, assez prolongés, précèdent de quelque temps le désastre.

OBSERVATION 17 (résumée)

*Psoïtis après furonculose. Mort par hémorragie secondaire
par ulcération de l'artère fémorale*

(LAROYENNE, 1922 in thèse Gabas)

Une homme a une poussée de furonculose au bras, puis se plaint de douleurs dans la hanche gauche ; accompagnées d'une élévation thermique à 39° et de flexion de la cuisse sur la jambe. Laroyenne incise la gaine du psoas, en dedans du couturier, contre-incise au dessus de l'arcade crurale, vide une importante collection.

Une première hémorragie, grave, se produit : elle cède au nettoyage de la plaie à l'ablation des caillots, au tamponnement compressif. La reprise après quelques jours, de l'hémorragie emporte le malade.

D'autres fois, l'évolution est brutale, mortelle en quelques secondes.

OBSERVATION 18

*Thrombose iliaque externe avec hémorragie foudroyante
terminant l'évolution d'une psoïte spontanément
fistulisée au-dessus de l'arcade de Fallope*

(POPESCU-PODEANU)

La jeune Hana S... 8 ans, est admise dans le service chirurgical de l'hôpital d'enfants pour une large ulcération de la fosse

iliaque droite secondaire à l'ouverture d'une adénite (?) inguino-crurale traitée à la consultation gratuite, puis dans un dispensaire. Les parents n'ont pas accepté l'opération proposée — la maladie s'était améliorée, disent-ils — ont appliqué des traitements empiriques dont le résultat fut à un moment donné l'irruption d'une quantité importante de pus à travers les téguements. La persistance d'une abondante suppuration, le mauvais état général de l'enfant, la fièvre les incitent alors à la conduire à l'hôpital.

Pas de lésion osseuse visible sur les radiogrammes du bassin et de la colonne vertébrale. Diminution d'amplitude des mouvements d'extension de la hanche. L'exploration de la fistule mène vers les lombes en haut, en bas, le petit bassin. On draine par une mèche de gaze imbibée d'eau oxygénée et place le membre inférieur en extension continue.

L'état général s'améliore, l'écoulement du pus diminue d'importance, l'attitude de la hanche se corrige, quand au 20^e jour l'enfant meurt brusquement d'une hémorragie considérable par la fistule iliaque.

A l'autopsie, on trouve une thrombose intense de l'artère iliaque externe et des lésions de myosite pseudo-évidente.

Exceptionnellement maintenant, la fistulisation se produit. Alors même qu'on laisserait le pus se faire jour spontanément à la peau, la suppuration se tarirait relativement vite, puisqu'aucune lésion persistante ne l'entretiendrait dans le voisinage. La fistulisation viscérale est oubliée depuis les observations de de la Motte (fistulisation dans le grêle et le rectum) d'Etmüller cité en 1815 dans le journal de Hufeland (ouverture dans la vessie), de Garnier (dans le vagin), l'opération précoce ayant fait disparaître ces modalités évolutives graves, menant à l'hecticité et à la mort.

Urechia a très récemment publié à la Société médicale des hôpitaux de Paris, une observation unique

de propagation d'une suppuration « apparemment primitive » du canal iliaque, à la moëlle épinière.

OBSERVATION 19 (résumée)

*Abcès de la moelle épinière et de la région paravertébrale
correspondante (URECHIA)*

Homme de 47 ans : atteint d'érysipèle compliquant un furoncle du nez. Amélioration, chute thermique. Le 9^e jour, remontée à 40°, avec douleurs lombaires spontanées et à la palpation dans la région lombaire paravertébrale.

Signes de sciatique bilatérale ; rigidité vertébrale, douleurs à la pression des vertèbres lombaires et sacrées. Réaction méningitique (polynucléose, xanthochromie, albuminose massive, hypertension du liquide céphalorachidien).

Opération : gros abcès paravertébral (dans l'aponévrose du psoas) on l'évacue. Abcès incipient du filum terminale.

Autopsie : On constate de plus, une ostéomyélite sacro-iliaque gauche.

Il est une dernière complication des suppurations aiguës développées dans la gaine iliaque, qu'il importe de bien connaître, car elle doit être traitée très rapidement et complètement. Son apparition a une importance pronostique considérable, surtout du point de vue fonctionnel.

C'est la propagation de la suppuration à l'articulation coxo-fémorale. Nous avons vu que la gaine iliaque communique avec la cavité synoviale de la hanche, par l'intermédiaire de la bourse séreuse sous-psoïque. Deux formes cliniques caractérisent la séméiologie de cette complication.

1°) la forme bénigne, infiniment plus rare, est caractérisée par la présence d'un épanchement articulaire séreux ou séro-purulent, sans grande virulence. Réalisée par l'ensemencement hémotogène de la synoviale ou du cartilage conjugal, elle se produit secondairement, sur un terrain plus résistant, immunisé partiellement par la suppuration du foyer musculaire intra-psoïque.

2°) la forme sévère, est une arthrite suppurée coxo-fémorale à grand épanchement due à l'inondation par le pus à travers la bourse séreuse. C'est infiniment plus souvent celle qu'on observe.

OBSERVATION 20 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

*Psoïtis primitive gauche à staphylocoques. Arthrite
séropurulente guérie par arthrotomie*

Georges P..., agé de 8 ans, entre le 18 septembre 1931 à la clinique chirurgicale infantile, lit n° 2, division des garçons de la salle Curtillet. Il souffre depuis peu de jours, de douleurs sourdes, dans la hanche et le genou gauches, qui rendent la marche difficile, claudicante, et sont accompagnées de fièvre.

La mère raconte une très vague histoire, imprécise, de chute sur le genou, quelque temps en deça de l'apparition de la gêne fonctionnelle douloureuse.

Examen à l'entrée. Attitude en flexion de la jambe sur la cuisse, et de la cuisse (à angle droit) sur le bassin. Tous les mouvements dans l'articulation coxo-fémorale, tant actifs que passifs sont douloureux : la flexion cruro-iliaque est irréductible. Le palper de la fosse iliaque interne gauche apprécie l'existence d'une tuméfaction inflammatoire profonde, dure, douloureuse,

qui empâte la région. La palpation du genou est indolore ; l'interligne articulaire coxo-fémoral, à la pression par le pli inguinal n'est pas non plus douloureux.

On intervient (D^r LAGROT, Chef de clinique), le 21 septembre 1931, pour psoïtis primitive gauche. L'incision sus-crurale faite sous anesthésie générale, mène sur le fascia iliaca intact. On l'incise : le muscle psoas apparaît pâle, infiltré, et il faut inciser les fibres musculaires pour découvrir une collection purulente abondante, remontant assez haut vers les lombes, parfaitement limitée (exploration au moyen d'un clamp courbe) et qu'on draine largement.

L'examen du pus, recueilli à l'intervention, indique la présence de staphylocoques.

Suites opératoires. — La température, 4 jours durant, oscille entre 37°5 et 40°, puis tombe à la normale ; les signes généraux s'amendent, la plaie opératoire prend très bon aspect.

Vers le 15^e jour, le petit malade se plaint de *gonalgie* gauche très intense, tout mouvement lui arrache des cris. L'exploration attentive de l'articulation du genou ne révèle rien d'anormal cependant. On immobilise la cuisse gauche en extension continue. La température est alors normale.

Le 18 octobre, ascension thermique à 38°6. L'articulation de la hanche est bloquée. L'examen radiographique montre avec évidence une arthrite aiguë avec début de luxation pathologique et atteinte nette du contour articulaire de la tête fémorale.

Le 31, sous anesthésie générale, M. le Professeur Lombard, pratique une arthrotomie antérieure, qui conduit dans l'articulation envahie par du séropus à staphylocoques, où la tête fémorale est en voie de séquestration, mais non complètement décollée de l'épiphyse. C'est pour cela qu'on laisse tout en l'état, la plaie n'est ni drainée ni refermée, pansée à plat, on enferme le membre inférieur en attitude correcte dans un grand appareil plâtré pelvipédieux, fenêtré au devant de l'articulation de la hanche pour permettre les pansements.

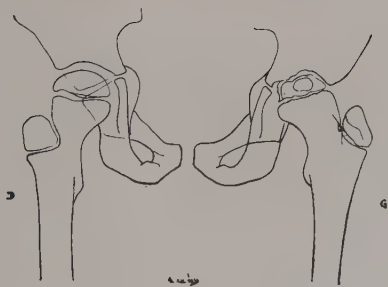
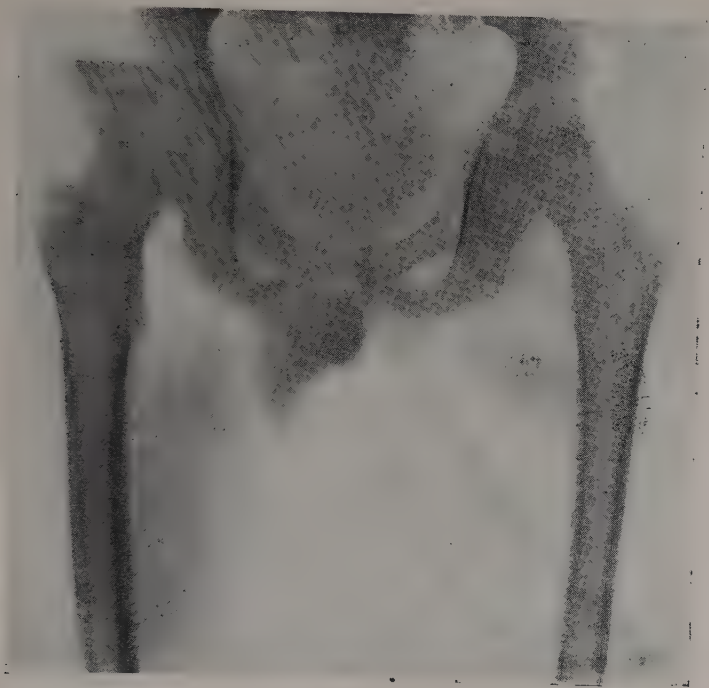
L'évolution post-opératoire est très simple — la plaie suppure peu, bourgeonne rapidement et cicatrise bien. Le petit malade rentre chez lui le 12 novembre 1931.

Le 4 décembre 1931 on renouvelle l'appareillage. Le nouveau plâtre entièrement clos (plaie opératoire à moitié épidermée,

Observation 20. — G. P. Radiographie du 18 octobre 1931



Observation 20. —G. P. Radiographie du 4 décembre 1931



ne suppurant plus du tout) immobilise le membre inférieur pour un mois. La radiographie montre une récalcification de la tête, et surtout du cotyle qui laisse espérer une guérison satisfaisante. A noter la présence d'une petite cavité floue, géodique, au centre de la tête fémorale.

Au bout de ce temps, l'enfant est ramené à la consultation du service : on enlève l'appareil. La tête fémorale est en place. On permet la reprise de la marche, prudente et progressive.

Le 22 janvier à un nouvel examen à la consultation, constatant une tendance à la flexion, on refait un nouvel appareil plâtré, immobilisant la cuisse en extension pendant un mois. Au sortir de ce plâtre, le 15 février l'examen clinique indiquant que l'articulation est solide, bien ajustée, suffisamment mobile, on permet la déambulation, en demandant aux parents de ramener l'enfant. Il n'a plus été revu dans le service, depuis lors.

L'apparition de l'arthrite doit être attentivement guetée, et les signes bien interprétés. L'intervention a été pratiquée, très simplement. Le pus évacué, la plaie lavée ou irriguée, drainée, la température est rapidement tombée à la normale, les douleurs ont disparu, l'état général est devenu meilleur. Le lendemain, pour éviter la rétraction en flexion au cours de la cicatrisation, on a appliqué une extension continue du membre inférieur malade. Brusquement la température remonte à 39°. L'enfant se plaint surtout de gonalgie ; la hanche, le genou se fixent en flexion. La région inguinale est le siège de douleurs sourdes.

La première pensée est qu'il s'agit d'une rétention suppurée dans la gaine abcédée. Le premier geste est de vérifier le drainage. Le pus cependant s'écoule bien au dehors, parfois abondamment. Le genou, il est facile de s'en convaincre n'est le siège de douleurs qu'irra-

diées. Il ne renferme pas du tout de liquide, le choc rotulien n'existe pas. L'aspect extérieur de la région est normal. Les mouvements passifs, recherchés avec douceur, sont possibles dans toute leur ampleur. La hanche, par contre, est bien bloquée : le moindre mouvement est très douloureux. La palpation à travers les parties molles du pli inguinal, infiltrées, permet de sentir un empâtement péri-articulaire douloureux à la pression. La ponction retire facilement l'exsudat, parfois sous tension, séro-purulent, ou franchement purulent. L'examen bactériologique direct, la mise en culture du produit prélevé confirment la présence des germes en cause : les mêmes que ceux rencontrés dans la collection du psoas.

L'examen radiographique confirme le diagnostic fait cliniquement, et permet d'apprécier l'étendue des lésions. L'interligne est élargi, les bords des surfaces articulaires flous, érodés. Les extrémités articulaires en rapport sont, quelquefois, déjà en discordance, indiquant, selon le mot de Malgaigne, la luxation pathologique simple. On n'observe que très rarement des lésions osseuses étendues, dans l'articulation coxo-fémorale, en dehors de l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. La précarité de la circulation de la tête fémorale l'expose cependant à la séquestration, rapidement, si on la laisse longtemps baigner par le pus. C'est là une extrémité relativement grave qu'on doit éviter.

Les Formes Cliniques.

Les modes cliniques d'observation des suppurations primitives de la gaine iliaque sont peu nombreux. Le syndrome clinique physique reste en général suffisamment univoque et semblable à lui-même pour faire errer rarement très longtemps le diagnostic. Ce qui différencie les cas, c'est bien plutôt la gravité de l'infection, et son évolution.

L'évolution suraiguë, mortelle avant que la défense locale ait eu le temps de s'organiser dans la gaine du psoas, caractérise la forme septico-pyohémique. Elle répond au phlegmon musculaire diffus.

La forme typhoïde est caractérisée par une évolution grave, une infection sévère, atteignant surtout l'état général. Les signes d'ataxo-adynergie : prostration, délire, et d'infection générale : diarrhée, douleurs multiples, réaction méningée parfois, l'emportent sur ceux de la suppuration locale. Les observations de Dance et Rogers en sont des exemples.

La forme la plus couramment rencontrée est celle qui a servi de type de description à notre étude clinique.

L'abcès « tiède » du psoas iliaque (Poucel) comporte un minimum de signes inflammatoires, des signes fonctionnels nets, mais moins marqués ; une courbe thermique ne dépassant pas 38°.

Les formes bénignes, résolutive sont relativement rares. Elles existent cependant et le type en est la forme puerpérale tardive décrite par Morestin, et

Besson. Quatre à six semaines après un accouchement normal, après des suites de couches normales aussi, sans fièvre, sans infection, surviennent : quelques douleurs, une légère ascension thermique à 38°, une attitude vicieuse d'un membre inférieur, en flexion légère. Tout rentre dans l'ordre en quelques jours : spontanément, ou avec l'aide du traitement médical seulement, les douleurs régressent, la flexion s'atténue, une petite claudication dure quelques jours et disparaît progressivement par la reprise de la marche. Parfois il faut intervenir pour évacuer une collection bien enkystée, de petit volume, qui signe par sa présence la réalité d'un substratum anatomique des signes fonctionnels observés.

Diagnostic

Penser à l'existence d'une suppuration aiguë développée dans la gaine iliaque suffit souvent, dès le premier abord, à poser le diagnostic. Il faut cependant être prudent dans l'affirmation qu'il s'agit d'une atteinte primitive, métastatique.

Éliminer les affections du voisinage, dont la symptomatologie prête, parfois facilement, à confusion, doit être le premier souci dans l'établissement du diagnostic. Il faut s'efforcer ensuite de préciser avec grand soin le siège réel de la suppuration dans la gaine iliaque. Enfin, par la clinique, la radiologie, et jusque pendant l'intervention, on doit chercher à confirmer ou à infir-

mer l'existence d'une lésion extrinsèque au canal iliaque, cause première de la psoïtis. Ce n'est qu'en se forçant à cette discipline qu'on peut arriver à formuler avec le plus de rigueur possible le diagnostic de psoïtis primitive.

Diagnostic positif. — L'attitude en flexion, pure ou associée à la rotation, du membre inférieur fait immédiatement penser à la suppuration ilio-psoïque. Il ne faut pourtant pas exagérer la grande valeur de ce signe, et de sa seule observation inférer à la psoïtis. Mais la constatation que l'état général est atteint, qu'il existe des signes de suppuration : empâtement fusiforme juxta-falloprien, plaqué contre le squelette iliaque et vertébral, et douloureux à la pression ; enfin l'apparition d'un abcès inguinal communiquant en bis-sac avec la collection iliaque ; le signe de Gangolphe, signent de façon évidente l'existence d'un abcès du canal de Velpeau.

Diagnostic différentiel. — Il est, cependant, bon nombre d'affections coxo-iliaques dont la séméiologie physique et fonctionnelle prête à discussion. S'il fallait dresser la liste des affections qui ont pu être des causes d'erreur, il faudrait, à la vérité, faire état de toute la pathologie ilio-lombo-abdominale.

La forme aiguë moyenne est d'une discrimination délicate avec l'arthrite suppurée, ostéomyélite de la hanche. Mais le début, alors est très violent, l'état général altéré, l'infection septico-pyohémique évidente. Les signes locaux sont différents : la flexion cruro-

iliaque est moindre, mais l'articulation est bloquée, sans le moindre mouvement possible. L'empâtement des tissus profonds est sous-falloprien, préarticulaire : l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané efface le pli inguinal. La pression provoque une douleur très vive, au niveau de l'interligne coxo-fémoral, en dedans des vaisseaux fémoraux.

Les signes articulaires sont au maximum : dans la psoïtis au contraire ils sont absents. L'examen radiographique montre des lésions osseuses, et des signes d'arthrite, évidents, dès le début.

La coxalgie peut chez l'enfant très jeune avoir un début aigu, brutal. La différenciation se fait sur les mêmes bases.

L'appendicite aiguë postérieure, sous-caecale ou rétro-caecale, évoluant facilement vers la gangrène, peut donner des signes d'ilio-psoïte. Du fait du sphacèle, les signes généraux de toxi-infection, la température parfois élevée, les signes péritonéaux réduits au minimum sont les grands traits du tableau classique. Ils peuvent avec la contracture en flexion du psoas, qu'on observe parfois, en imposer pour une suppuration de la gaine iliaque. Mais c'est rarement qu'elle apparaît d'emblée : dans la norme, après quelques crises reconnues et traitées médicalement. La douleur et la contracture sont localisées bien au dessus de l'arcade crurale, au dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, dans le quadrant inféro-droit de l'abdomen. Elles sont plus vives, et plus nettes, surtout au point de Mac-Burney. Le diagnostic est d'autant plus délicat

que la psoïtis appendiculaire, secondaire est possible. Les collections suppurées appendiculaires surtout pelviennes sont plus embarrassantes encore, c'est parfois l'intervention seule, qui permet de faire le départ. Elle doit commencer par une exploration sous-péritonéale de la fosse iliaque.

Les périnéphrites aiguës sont difficiles à différencier des formes hautes des psoïtis décrites par Rocher et Malaplate. Quelques signes rénaux, même frustes : une albuminurie légère, par congestion rénale, ou pyélonéphrite peu intense, quelques leucocytes dans le culot de centrifugation des urines y font penser. L'évolution un peu plus lente, torpide au début ; la localisation plus postérieure des douleurs, dans l'angle costo-vertébral ; plus tard l'apparition d'une tuméfaction lombaire importante, profonde, font pencher le diagnostic en faveur du phlegmon périnéphrétique. Il est, cependant, difficile quelquefois, de faire le départ entre les deux affections jusqu'à l'intervention, qu'il faut alors mener par voie haute et postérieure. Chez l'enfant, surtout, la confusion est fréquente. Le petit malade prend volontiers une attitude en inversion « pseudo-coxalgique » (Deherippon et Lamoril) mais le seul fait qu'on peut facilement faire étendre la cuisse sur le bassin, sans douleur, infirme l'hypothèse de psoïtis.

L'abcès froid ostéoarthrifiant ne prête que très exceptionnellement à confusion : il faut qu'il ait été méconnu, d'abord ; envahi par des germes pyogènes, ensuite. A tout le moins, l'examen clinique du rachis, la vérification radiologique qui doivent être des ré-

flexes en présence d'un abcès dont on présume qu'il est contenu dans la gaine iliaque établissent la réalité de la tuberculose vertébrale.

Les hygromas purulents aigus du psoas sont si rares qu'on n'en connaît que deux cas dans la littérature médicale. Les tumeurs malignes : sarcomes, chondrosarcomes du bassin peuvent simuler la psoïtis, par une allure évolutive aiguë, une évolution pseudo-inflammatoire, parfois même fébrile. Les kystes hydatiques du psoas infectés, peuvent donner des signes de psoïtis aiguë. La connaissance de ces raretés ne doit pas retenir longuement l'attention.

C'est donc au diagnostic assez général de phlegmon iliaque qu'on arrive après avoir éliminé les affections du voisinage. Et il faut faire le diagnostic de la variété anatomique de la collection.

L'inflammation des nombreux ganglions lymphatiques au contact de l'aponévrose lombo-iliaque provoque une attitude vicieuse du membre inférieur en flexion et rotation interne. Elle est, cependant, moins marquée que dans la psoïtis. Et puis, surtout, on peut la corriger un peu sans trop faire souffrir le malade. La constatation qu'il existe une adénopathie inguinale est sans grande valeur de différenciation, de même que des plaies infectées des téguments du genou, ou de la jambe. Le siège de la tuméfaction est plus élevé. Les limites en sont moins nettes, irrégulières. La participation possible d'une atteinte psoïque donne peu d'intérêt avant l'opération : la constatation de l'intégrité du

contenu du fascia iliaca, comme dans l'observation suivante termine seule la discussion diagnostique.

OBSERVATION 21

*Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie
de la Faculté (P^r LOMBARD)*

*Adénite iliaque gauche simulant une psoïtis primitive.
Incision. — Drainage. — Guérison*

Osmani Zoubida, fillette indigène de 7 mois, est amenée par son père, à la consultation de la clinique chirurgicale infantile pour une « maladie » qui remonterait à deux mois environ. Le membre inférieur gauche est en flexion très marquée de la cuisse sur le bassin et du genou, au point qu'on n'arrive que difficilement à sentir au dessus de l'arcade crurale, une tuméfaction inflammatoire intra-abdominale, qui fait saillie à la paroi abdominale iliaque.

On intervient immédiatement, sous anesthésie générale au kélène.

On pratique une incision de trois centimètres environ au dessus et très légèrement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. On traverse, par incisions successives, les plans sous-cutanés. En suivant, à ce moment, vers le bas, et avec le bec des ciseaux courbes fermés, la paroi de la fosse iliaque, on tombe sur une tuméfaction, vaguement arrondie, limitée par : le péritoine, l'arcade crurale et les vaisseaux iliaques externes, en arrière par le fascia iliaca intact. Du pus plutôt mal lié, d'odeur fade s'écoule de l'abcès ainsi limité. Au moment où l'opération se termine, l'enfant émet par l'anus, une selle verte qui semble être du pus. Le toucher rectal pratiqué immédiatement ne relève rien de particulier. Sous bénéfice d'une surveillance attentive, destinée, à rectifier s'il y a lieu le diagnostic, on pense à une recto-sigmoïdite glaireuse d'irritation, dûe au contact de la collection suppurée. Celle-ci située en avant du fascia iliaca, au contact même des vaisseaux

iliaques externes, est d'origine ganglionnaire et c'est probablement par réaction du psoas, au contact de cette abcédation, et non par présence d'une collection suppurée intra-musculaire que le membre inférieur s'est immobilisé en flexion aussi marquée.

Dans les antécédents de la fillette, il est à noter qu'on a pratiqué quelques jours avant le début de l'affection la vaccination anti-variolique à la cuisse gauche et que les pustules vaccinales ont assez largement suppuré. L'examen du sang pratiqué au jour même de l'intervention donnait une formule nette de suppuration : 18.200 leucocytes et 68 % de polynucléaires neutrophiles. Pus à streptocoques.

L'enfant est ramené tous les 2 jours à la consultation du service. En une semaine, la cicatrisation de la plaie opératoire a été facile et complète. Il ne persiste plus aucune trace d'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche.

Le phlegmon de Brault doit retenir plus longtemps. On doit, d'ailleurs, à notre avis le considérer comme une variété anatomique des suppurations du canal iliaque. Profondément formé, sous le muscle iliaque, le pus collecté produit une tuméfaction sous-marginale iliaque très profonde, plaquée contre l'ilium. Elle évolue rapidement dans la gaine aponévrotique. Le diagnostic, ordinairement, n'est fait qu'à l'intervention, parce qu'on doit traverser les fibres musculaires à la recherche du pus, pour arriver au contact du squelette intact.

OBSERVATION 22 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

Phlegmon de Brau't gauche, incision iliaque, drainage, guérison

F. Casimir, 10 ans, entre salle Curtillet (clinique chirurgicale infantile), lit n° 7, le 26 avril 1930, parce qu'il souffre de la hanche gauche.

De ses antécédents, tant personnels qu'héréditaires, on ne retient rien de particulier.

Il y a douze jours, à la suite d'une chute sur le membre inférieur gauche qui se serait accompagnée d'un craquement qu'il aurait perçu (?) il s'est relevé, a continué de jouer, pour ne commencer à se plaindre de douleurs inguinales, puis fessières, gauches, qu'une semaine plus tard. Il souffre de plus en plus, sans toutefois cesser complètement de marcher : il ne s'alite que l'avant-veille de son entrée à l'hôpital.

Examen du malade à l'entrée dans le service. — L'état général est celui d'un infecté : température 38°5, depuis quelques jours pou's rapide ; teint pâle, pommettes rouges.

L'attitude du membre inférieur est frappante : la cuisse est en flexion très marquée sur le bassin, et la moindre tentative d'extension provoque des douleurs très vives. Cette hyperflexion, qui solidarise le fémur au bassin, se traduit par une ensellure lombaire caractéristique, quand on tente de mettre les deux membres inférieurs dans le parallélisme normal.

Examen clinique de la région malade. — L'hyperflexion de la cuisse sur le bassin est possible. Les mouvements d'abduction et d'adduction sont possibles, quoique limités, surtout l'abduction qui entraîne une bascule des épines iliaques par rapport à la ligne ombilico-pubienne. La rotation de la hanche, enfin, est douloureuse.

Par contre, la hanche droite est tout à fait normale.

La zone la plus douloureuse à la palpation est la fosse iliaque gauche, dans la profondeur. Il semble bien qu'on sente là, une tuméfaction profonde ; mais la contracture empêche de la préciser. La fosse lombaire gauche est aussi douloureuse, quoique moins.

Pas de ganglions inguinaux, superficiels, ou profonds, perceptibles. Pas de porte d'entrée visible sur les téguments ; en particulier du membre inférieur.

Le rachis est indolore, et souple, dans toute son étendue. Deux examens radiographiques faits le 2 avril et le 6 mai, ne montrent aucune altération morphologique : des images tout à fait normales.

Le toucher rectal décèle une douleur à gauche, assez peu nette ; sans plus.

L'examen du sang pratiqué le 28 Avril, indique une formule leucocytaire normale.

Polynucléaires, 70.

Monocytes, 13.

Lymphocytes, 16.

Eosinophiles, 1 %.

Deux examens radiographiques de l'articulation coxale, pratiqués les 1^{er} et 5 Mai 1930, ne montrent rien d'anormal, non plus.

Les jours suivants, les phénomènes généraux persistent, et s'accroissent : la température est en plateau entre 38° et 39°5, le pouls aux alentours de 115-minute ; les urines foncées (sans albumine).

Les phénomènes locaux suivent une accentuation parallèle. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale se limitent de plus en plus. La tuméfaction qu'on pressentait dans la fosse iliaque gauche, se précise, grossit, grandit, devient de plus en plus superficielle, au fur et à mesure de l'évolution.

Le 2 Mai, l'examen du sang donne :

8.000 G. Bl. au mm³.

Polynucléaire, 68.

Monocytes, 18.

Lymphocytes, 11,5.

Eosinophiles, 0,2.

Formes de transition, 2 %.

Le 3 mai, la palpation de la fosse iliaque indique qu'une tumeur très douloureuse, irrégulière, bien limitée, d'un volume assez considérable, siège au dessus et derrière l'arcade crurale, fortement plaquée contre la paroi antéro-interne de la fosse iliaque interne, et impossible à mobiliser.

Intervention chirurgicale. — Sous anesthésie générale (kélène, éther), à la palpation profonde de la fosse iliaque gauche on constate que la tuméfaction siège bien à la partie tout inférieure et antérieure de l'épine iliaque inférieure, et qu'elle est maximum dans la région rétro-vasculaire.

Incision courbe parallèle à l'arcade crurale, et à la crête iliaque. Désinsertion des muscles de l'abdomen ; découverte du fascia iliaca ; on incise d'abord au ras de la face interne de la crête, et on pénètre dans l'espace cellulaire sous-musculaire, au contact du muscle iliaque. Le clivage est difficile, mais on perçoit très nettement une masse fortement indurée, qui fait corps avec le muscle iliaque. En effondrant alors celui-ci d'arrière en avant, on tombe dans un tissu induré creusé de loges, desquelles font issue des débris jaunâtres ayant l'aspect de pus concreté (on fait des prélèvements pour l'étude microscopique).

Suture partielle de la peau, sur un petit drain.

L'examen microscopique direct montre (Mme le D^r Sudaka-Planty) :

« Des polynucléaires fortement altérés, de nombreuses hématies, et de nombreux amas de cocci ayant la morphologie, et les affinités tinctoriales des staphylocoques. Pas d'autres germes, pas de bacilles de Koch.

Les cultures donnent des colonies de staphylocoques dorés ».

Les suites opératoires sont normales au début (la température descend à la normale, la mobilisation de la hanche est beaucoup moins douloureuse) mais le 15 mai la température remonte, le 20 mai apparaît un érysipèle de la face, pour lequel on évacue l'enfant sur l'ambulance d'El-Kettar, d'où il revient le 25 mai dans le service. La guérison se poursuit dès lors, normalement.

OBSERVATION 23 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

Phlegmon de Brault à droite. — Incision de drainage.

Guérison

S.. Marcel, 3 ans, est amené par sa mère à la consultation du service le 10 février 1931, parce qu'il souffre et ne peut se servir de son membre inférieur droit, et a de la fièvre depuis quelques jours.

Le début fut brutal, marqué par des douleurs abdominales droites, sans vomissements, mais accompagnées de fièvre, qui persistèrent 3 jours durant. Un médecin, alors consulté, conseilla l'hospitalisation. Ce conseil ne fut suivi que 10 jours plus tard.

Appliquée par une forte flexion à 140° environ contre la paroi abdominale, en légère rotation externe et abduction la cuisse est fléchie sur la jambe. Cette attitude en flexion cruro-iliaque est irréductible, à moins de provoquer de très vives douleurs. La racine de la cuisse droite est tuméfiée, au devant du petit trochanter, par une voussure douloureuse, ayant approximativement la taille d'un œuf de poule, qui se continue (la sensation est très nette à la palpation) par une longue tuméfaction fusiforme iliaque interne et lombaire, en plastron de consistance ferme, très obscurément fluctuante, et dont la palpation est extrêmement douloureuse.

Le diagnostic de phlegmon ilio-psoïque est posé. On intervient le 12 février.

Sous anesthésie générale au Kélène et à l'éther, une incision est menée parallèlement à la crête iliaque, qui permet d'ouvrir une volumineuse collection purulente de la fosse iliaque interne siégeant sous le muscle iliaque ; la cavité abcédée n'est en aucun point en rapport avec une lésion ostéitique iliaque.

Guérison sans incident, en une vingtaine de jours.

Diagnostic radiologique. — C'est systématiquement, nous l'avons vu, qu'il faut recourir à l'examen radio-

graphique. Il est plein d'embûches, et de difficultés. L'interprétation des clichés doit être prudente. Il faut attacher plus de prix à la constatation de décollements périostiques que d'ombres, qui peuvent être dues à des gaz intestinaux ; et toujours avoir présente à l'esprit l'objection qu'une lésion ostéomyélique limitée peut fort bien passer inaperçue et la rechercher encore au cours de l'intervention.

Diagnostic opératoire. — Au cours d'une opération bien conduite, il faut faire la recherche systématique d'une cause première de la suppuration du psoas.

La traversée de la paroi abdominale doit être méthodiquement faite. Si on trouve du pus répandu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il faut l'éponger avec soin et chercher attentivement à se rendre compte de l'état du fascia iliaca. S'il est intact, il peut s'agir d'un adénophlegmon au contact de la gaine iliaque. S'il est enflammé et bombe dans le fond de la plaie, il faut s'astreindre après incision, à une exploration soigneuse et complète de la cavité abcédée. La découverte d'un point osseux dénudé évidemment dénie aussitôt la primitivité de la suppuration. Les caractères macroscopiques du pus donnent une indication importante. Du pus fétide, grisâtre, d'aspect gangréneux fait songer à une origine appendiculaire. Du pus louable, épais, bien lié indique une suppuration bien collectée, abondante, ostéitique ou lymphangitique. S'il contient du sang en abondance, de longs lambeaux sphacéliques, effilochés, il faut penser à une myosite pyohémique, à un hématome infecté. On en fait un prélèvement aseptique.

L'examen direct, les cultures indiquent le germe en cause. La découverte du staphylocoque nous fera encore rechercher sur de nouvelles radiographies de la colonne vertébrale et du bassin une ostéite qui serait passée inaperçue.

En résumé, au cours d'une septicémie caractérisée, plus souvent d'une infection mal précisée, d'une fièvre éruptive, ou d'une adénolymphite inguino-iliaque aiguë; parfois après un traumatisme ilio-lombaire, la gaine iliaque peut être le siège d'une abcédation aiguë. Ce n'est qu'en l'absence de toute cause de voisinage qu'on pourra affirmer, en accord avec notre définition, qu'il s'agit d'une suppuration primitive.

TROISIÈME PARTIE

ETIOPATHOGENIE

Introduction

Ce qui caractérise, en somme, le mieux les suppurations aiguës développées primitivement dans la loge du muscle psoas-iliaque, c'est qu'elles sont sans relation étio-pathogénique avec leur voisinage anatomique. Leur apparition soudaine, leur développement dans une cavité close de toutes parts sont des caractères primordiaux.

Le point de départ initial en est le muscle psoas : plus proprement le tissu conjonctif interstitiel où les germes pyogènes sont apportés par le courant sanguin; nous l'avons vu, très important là. Ou bien, ce peut être l'infection des troncs, et surtout des nodules ganglionnaires lymphatiques, compris dans le tissu musculaire. Recevant les germes des ganglions voisins, ils seraient les premiers à suppurer. La myosite qui suivrait immédiatement prendrait la place prépondérante, très rapidement.

Dans l'histoire de nos malades, trois ordres de causes sont à retenir : le rôle peut-être favorisant du traumatisme, l'infection généralisée du type des maladies infectieuses, ou consécutive à une porte d'entrée quelconque de microbes, enfin l'infection des membres inférieurs. La guérison relativement rapide, après la simple ouverture chirurgicale, l'absence de tout signe d'infection voisine sont des arguments d'un grand poids en faveur de la primitivité des lésions.

En définitive, les suppurations primitives du psoas-iliaque sont toujours des myosites. Comme pour toutes les suppurations, nous étudierons les causes déterminantes — c'est-à-dire des germes qui en sont les agents — leur porte d'entrée, leur rôle pathogène, leur mode de propagation ; et les causes favorisantes de l'infection. Nous nous bornerons à indiquer, ce faisant, les arguments qu'on peut retenir en faveur de l'originalité des psoïtis primitives.

LES CAUSES DETERMINANTES DE L'INFECTION

Les germes microbiens en cause

Les staphylocoques ; plus rarement le streptocoque, le bacille d'Eberth, le pneumocoque, le coccobacille de Pfeiffer ont été découverts dans les pus des psoïtis primitives.

Le staphylocoque doré surtout, le blanc quelquefois, sont les microbes les plus fréquemment en cause. Comme dans toutes les suppurations des muscles, on les rencontre dans 80 à 85 % des cas environ. Chez l'enfant, cependant, leur affinité quasi spécifique pour le squelette en croissance fait douter de la réalité d'une localisation métastatique, primitive et unique dans le muscle psoas-iliaque. Nous avons vu que, tout notre examen clinique durant, pendant l'établissement du diagnostic, au cours de l'opération, et pendant la période post-opératoire, notre souci constant est de rechercher,

avec le plus grand soin, l'existence d'une ostéite. Elle peut être limitée, très discrète, loin du lieu d'incision de la gaine du psoas, ce qui empêcherait de la trouver en opérant. « Les signes négatifs fournis par la radiographie peuvent résulter du fait qu'elle a été pratiquée à une période trop précoce pour pouvoir montrer une altération du squelette ou qu'il s'agissait d'une variété d'ostéomyélite très larvée. » (Mouchet).

Cependant les lésions de la peau, infectées par les staphylocoques sont des portes d'entrée fréquentes de ces microbes dans la circulation générale ; ils peuvent ne donner que des bactériémies atténuées, manifestées par l'éclosion de suppuration en point quelconque de l'économie sans le cortège des signes cliniques graves de la pyohémie staphylococcique.

Le streptocoque est beaucoup moins fréquent. Il peut être la cause des lésions très graves du type du phlegmon diffus. Plus souvent, cependant, on le rencontre comme germe de sortie des fièvres éruptives, ou introduit dans la circulation générale à la faveur de lésions cutanées ou muqueuses.

Les myosites à bacilles d'Eberth, et à bacilles paratyphiques ont été très étudiées, cliniquement, et expérimentalement. On sait la facilité de leur généralisation dans le sang et l'atteinte fréquente des muscles droits abdominaux. La localisation dans la gaine iliaque est très rare. La thèse de Someil (1894) fait état de 23 observations de myosites typhiques sur 250 malades observés : 2 fois seulement un psoas était atteint. Hoelsder trouve pour 7 myosites notées aux autopsies de

2.000 typhiques, une seule psoïtis. Gabas sur près de 270 malades, lors d'une épidémie de typhoïde à Lyon, n'en a pas relevé un cas.

Le pneumocoque chez l'enfant jeune passe très aisément dans le sang (Bulkley). On voit journellement chez les nourrissons et les petits enfants qu'il est responsable d'arthrites, d'ostéomyélites, de péritonites, de méningites, etc. L'étape bactériémique existe certainement, prouvée par l'hémoculture — nous l'avons vérifié plusieurs fois, à la clinique chirurgicale infantile. La réceptivité de l'organisme jeune non vacciné spontanément est très grande. Elle explique la relative fréquence des psoïtis primitives pneumococciques dans le jeune âge, dont voici des exemples publiés par M. le Professeur Lombard.

OBSERVATION 24

in « *Algérie Médicale* », février 1933. — Numéro consacré
à la chirurgie infantile

Psoïtis primitive droite à pneumocoques

Un nourrisson de 22 mois est pris brusquement, le 15 juin 1927, de douleurs dans l'aîne droite et de fièvre ; la température oscille entre 38° et 39°. La cuisse est en flexion sur le bassin, le 8 juillet devant la persistance des accidents l'enfant est amené à l'hôpital : cuisse droite à angle droit sur le bassin, articulation de la hanche libre, empâtement profond et douloureux dans la fosse iliaque.

L'examen du sang donne 16.000 globules blancs avec 90 % de polynucléaires. L'incision parallèle à la crête iliaque donne issue à une collection de pus crémeux, siégeant sous le fascia-iliaca : collection à pneumocoques. Drainage.

L'enfant sort guéri le 8 août.

OBSERVATION 25

in « *Algérie Médicale* », février 1933. — Numéro consacré
à la chirurgie infantile

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

*Psoïtis droite primitive à pneumocoques. — Incision iliaque
Drainage. — Guérison*

Le 7 janvier 1929, une fillette de 1 an jusque-là bien portante est prise brusquement de fièvre élevée qui est considérée comme d'origine dentaire. Le lendemain 8, la mère remarque que l'enfant tient la cuisse droite fléchie et que toutes les tentatives d'extension paraissent provoquer de vives douleurs. La température reste haute, les nuits sont mauvaises et agitées. Ce n'est que onze jours plus tard devant la persistance des accidents que l'enfant nous est conduite.

La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin mais l'articulation paraît libre, les mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation sont faciles à mettre en évidence, l'extension seule est absolument impossible. La racine du membre est fortement tuméfiée mais on se rend compte qu'elle est liée à un empâtement siégeant plutôt en dedans qu'en dehors des vaisseaux. Il y a une circulation complémentaire très nette dans la partie basse et droite de la paroi abdominale. L'examen de la fosse iliaque interne droite montre qu'elle est le siège d'un gros empâtement en fuseau collé à l'os iliaque et paraissant communiquer avec la racine du membre.

Intervention le 21 janvier. Une incision parallèle à la crête iliaque conduit sur le fascia-iliaca qui bombe fortement. On l'ouvre et donne issue à une abondante collection de pus épais, crémeux dans lequel l'examen fait découvrir le pneumocoque à l'état de pureté. La guérison se produit rapidement, l'enfant quitte le service le 3 février.

OBSERVATION 26 (inéдите)

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

Psoïtis primitive gauche à pneumocoques. — Incision sans drainage. — Guérison

Marie Bif..., âgée de 19 mois, est amenée le 7 décembre 1933 à la consultation de la clinique chirurgicale infantile pour une affection fébrile évoluant depuis plusieurs jours, accompagnée de douleurs iliaques et d'impotence fonctionnelle du membre inférieure, à gauche.

Il y a une trentaine de jours, l'enfant a commencé, brusquement, de souffrir. Dans la nuit, elle accuse une violente douleur abdominale diffuse, qui s'accompagne d'une température de 38°2. Le lendemain, la douleur a semblé se calmer et disparaître, l'état général s'améliore. Mais, au bout de trois jours, sont apparues des douleurs très vives, du flanc gauche. La petite malade se couche alors sur le côté gauche et se refuse à quitter cette position qui paraît diminuer nettement sa douleur. Un médecin est alors consulté, qui prescrit pommade et frictions qui n'ont une action sédative que passagère, de quelques jours seulement. A ce moment, les douleurs reparaissent, quoique moins vives, mais fait nouveau et qui frappe beaucoup les parents, le membre inférieur gauche présente une impotence fonctionnelle totale et complète : il est en flexion totale sur le bassin, repose par sa face externe sur le plan du lit, sans le moindre mouvement spontané possible. Un second médecin est consulté, qui conseille l'hospitalisation.

La petite Marie se présente à l'examen, le membre inférieur gauche fortement fléchi, la cuisse sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse. L'articulation coxo-fémorale est libre, mais les mouvements d'extension sont impossibles (extension normale et plus encore tentative d'hyper-extension) alors que les mouvements de rotation, d'adduction, et d'abduction sont très faciles. Les deux régions inguino-crurales ne contiennent pas de ganglions perceptibles. L'exploration clinique de la fosse iliaque interne montre qu'elle est entièrement vide. On fait pratiquer

immédiatement par Mme Sudaka-Planty, chef du laboratoire de la clinique, une examen des éléments figurés du sang qui donne le résultat suivant :

Leucocytose : 13.200 leucocytes par mm³.

Equilibre leucocytaire : 78 % polynucléaires.

4 % grands mononucléaires.

14 % moyens mononucléaires.

4 % lymphocytes.

Ni éosinophiles, ni formes de transition.

On n'hospitalise pas l'enfant qui est mise en observation chez elle, au repos complet, avec le diagnostic de psoitis primitive gauche, à vérifier. On demande à la mère de la ramener tous les deux jours aux consultations du service. Le 9 décembre 1933, on constate l'apparition, dans la fosse iliaque interne gauche, d'une tuméfaction profonde, fusiforme vaguement adhérente au squelette. Le membre inférieur est toujours très impotent, fixé en flexion complète sur le bassin, sans la moindre ébauche de mouvement actif. Toute tentative de mobilisation passive est extrêmement douloureuse.

Une ponction exploratrice de la tuméfaction iliaque ramène du pus verdâtre, épais, bien lié, crémeux, dans lequel à l'examen direct on note la présence de nombreux polynucléaires neutrophiles altérés, de nombreux pneumocoques, sans autres germes.

Le 11 décembre, la tuméfaction iliaque interne est devenue nettement fluctuante, dans la profondeur, au contact direct de l'aile iliaque, en arrière de la paroi abdominale. La flexion du membre inférieur, complète, est irréductible absolument.

Le 13, on intervient (P^r Lombard) sous anesthésie générale, l'incision est menée au ras de la crête iliaque, et conduit sans rien découvrir d'anormal, sur la gaine du psoas qu'on effondre, donnant issue à du pus abondant, crémeux, verdâtre. La cavité de l'abcès, explorée au doigt, est nettement limitée, à l'intérieur du muscle psoas. On ne draine pas. La plaie large ouverte, est pansée à plat.

Les suites opératoires sont très simples et l'enfant quitte l'hôpital 4 jours plus tard : la plaie opératoire est déjà en voie de cicatrisation avancée, le membre inférieur gauche s'étend spontanément, les mouvements passifs, dans l'articulation coxo-fémorale ne sont plus douloureux.

Le cas de Nobécourt et Mathieu est typique de la septicémie pneumococcique.

OBSERVATION 27 (résumée)

NOBÉCOURT et MATHIEU, 1920

Suppuration engainée dans la loge du psoas gauche, découverte à l'autopsie d'un nourrisson de quinze jours, mort après quelques crises convulsives. On a pu découvrir aussi une méningite purulente, un abcès chondro-costal (9^e côte droite), enfin une endocardite végétante de la valvule tricuspide, qui signent la septico-pyohémie.

L'examen du pus, de toutes ces lésions, a montré la présence de pneumocoques type II.

Le seul symptôme qui ait attiré l'attention, en l'absence de toute modification de l'état général, de fièvre, est une éruption érythématopurpurique.

Le coccobacille de Pfeiffer a été découvert une fois, par Sworn, dont voici l'observation :

OBSERVATION 28

SWORN (1933)

B. B., homme de 62 ans, admis le 12 février 1933 à l'hôpital. Aucune maladie dans les antécédents. Se plaint de douleurs inguinales, datant de 2 semaines. Ces douleurs ont évolué très progressivement. Depuis 3 ou 4 jours, apparition d'une tuméfaction à l'aîne droite.

Status d'entrée : état général franchement bon.

T. 90°F

P. 100.

Flexion hanche droite limitée à 40° environ, les autres mouvements sont normaux.

On sent, à la palpation, une masse dure, située dans la fosse iliaque droite et descendant jusqu'au ligament de Poupart : on ne perçoit pas de fluctuation nette : cette masse avait d'abord été considérée comme une adénite. Rien de particulier à l'examen du rectum et de la colonne vertébrale. Une radio du rachis, du bassin, et de la hanche ne montra rien d'anormal.

Le 18 février : fluctuation nette de la région tuméfiée. On ouvrit, à travers une incision inguinale un abcès du psoas qui avait d'abord été ponctionné. La culture du pus montre du B. de Pfeiffer. Le malade sort le 4 mars, et marche normalement, la hanche n'est plus en flexion.

Un point particulier de la pathologie microbienne mérite d'être souligné : la propension de certains microbes à atteindre, au cours des bactériémies, de préférence certains systèmes de l'économie. Les travaux expérimentaux de Rosenow et Ashby confirment qu'il existe un organotropisme singulier de certains microbes. Du pus humain provenant d'une lésion musculaire ou osseuse détermine presque à tous coups des lésions musculaires ou osseuses chez l'animal. Bien plus, l'inoculation à l'animal, de pus provenant d'une myosite localisée détermine des lésions du muscle correspondant. Cet organotropisme peut s'acquérir expérimentalement par passages chez l'animal, se perdre par culture in vitro. (Pribram). Ce n'est certes pas là une preuve formelle, mais une indication intéressante du mécanisme d'une suppuration isolée du psoas au cours d'une bactériémie.

Le rôle de la bactériémie

Nous englobons à dessein dans ce terme très général

toutes les manifestations de l'infection générale sanguine par des microbes.

Les caractères cliniques de l'apparition d'une psoïtis primitive sont parfois bruyants, et typiques de la septicopyohémie grave. Toujours les signes généraux, de toxi-infection sont nets, et en rapport vraisemblablement avec le passage des germes dans la circulation. Une question paraît avoir occupé quelques auteurs : savoir si l'atteinte est primitivement cellulaire, interstitielle, ou parenchymateuse ? Gabas, Bonvoisin entre autres, ont soutenu qu'il s'agissait d'une atteinte isolée du tissu cellulaire. Leurs arguments sont : 1° que le psoas résiste bien à l'infection en raison de sa grande vascularisation ; 2° que la récupération fonctionnelle et la cicatrisation sont très bonnes parce que les lésions myositiques parenchymateuses sont réduites. A quoi on peut objecter que c'est bien par les vaisseaux du tissu conjonctif interstitiel qu'arrivent les microbes, et la distinction qu'ils tentent est pratiquement sans intérêt. Les toxines microbiennes ont dans la genèse des myosites, un rôle qu'il ne faut pas oublier : la nécrose chimique des myofibrilles, par coagulation de la myosine. La traduction histologique en est la dégénérescence décelable sur les coupes. De plus la nécrose ischémique par artérite et phlébite des capillaires accroît la dégénérescence des fibres musculaires. Sous cette double action néfaste, elles deviennent une proie facile pour l'infection. Et puis, peut-on logiquement dissocier la suppuration du tissu noble de celle du tissu de soutien et de nutrition ?

Il y a psoïtis quand la gaine iliaque contient du pus, des éléments musculaires nécrosés.

Cependant, alors qu'il y a des germes dans la circulation générale, susceptibles de faire suppurer plusieurs muscles — comme cela se produit au cours des polymyosites, décrites par Leroy des Barres, Bouffard, etc. — pourquoi le psoas n'est-il pas plus atteint que les autres muscles ? Existe-t-il des causes prédisposantes, locales ou générales, des psoïtis primitives ?

LES CAUSES FAVORISANTES DE L'INFECTION

Causes prédisposantes locales. — Comme pour toutes les myosites, on a incriminé le traumatisme.

Il est facilement évoqué pour expliquer l'éclosion d'une suppuration primitive du psoas iliaque, nous l'avons signalé. Quelle valeur faut-il lui accorder ?

C'est parfois un corps étranger vulnérant, un projectile qui apportent avec eux les germes infectants dans l'intimité du muscle. Cette éventualité ne répond pas à notre définition. Il s'agit parfois d'un traumatisme conséquent, dont le rôle ne peut pas être négligé. Il peut agir directement, produisant une contusion importante comme dans les observations suivantes :

OBSERVATION 29 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

*Psoïtis à staphylocoques — Hématome suppuré probable
du muscle psoas*

S... Foudil ben B..., enfant indigène de 9 ans, est amené à la

consultation du service le 14 avril 1931 pour une boîterie droite très douloureuse.

Au dire de la mère, 20 jours environ auparavant, il a fait une chute sur le côté droit du bassin, resta trois jours couché, et ne put depuis marcher qu'en boitant. En même temps apparurent des douleurs inguinales et lombaires très vives, et depuis une semaine une tuméfaction iliaque progressivement croissante de volume.

Examen à l'entrée dans le service.

L'enfant marche en flexion accentuée du tronc, genou fléchi à angle droit, et prend appui de sa main sur la face antérieure de la cuisse. Lorsqu'on l'examine en décubitus dorsal, on peut constater que la flexion cruro-iliaque est permanente et irréductible ; toute tentative d'extension est douloureuse ; cependant que la flexion complète est possible sans douleur. La racine de la cuisse n'est pas tuméfiée et n'est douloureuse qu'au niveau du petit trochanter. Au-dessous de la crête iliaque en arrière, on constate qu'il existe une volumineuse collection chaude, fluctuante, qui remplit la fosse iliaque droite (très facilement palpable sous anesthésie générale). L'examen radiographique du bassin et du squelette rachidien lombaire est négatif.

Le 15 avril, une ponction de la collection, faite en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure ramène de la gaine du psoas du pus brun-chocolat, teinté de sang, et contenant des staphylocoques abondants.

L'enfant a été perdu de vue depuis lors.

OBSERVATION 30

INGELRANS et MINNE

Psoïtis primitive gauche à staphylocoques, d'origine traumatique

C.... Jules, 6 ans. — L'enfant est amené d'urgence avec une tuméfaction de la fosse iliaque gauche.

Il aurait reçu, au dire des parents, un coup de pied d'un camarade, huit jours avant.

Cinq jours après, il commence à souffrir. Les douleurs de-

viennent rapidement très vives. L'enfant est incapable de marcher.

On constate dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale, une tuméfaction singulièrement arrondie, du volume d'un gros œuf de pigeon.

Les téguments sont normaux.

A la palpation, on sent une petite masse arrondie, nettement limitée.

La tumeur est fluctuante et très douloureuse.

Les mouvements actifs sont difficiles et les mouvements provoqués sont possibles et d'amplitude normale.

L'enfant est opéré immédiatement.

Intervention (D^r Piquet).

Incision au-dessus de l'arcade crurale, parallèle à celle-ci (incision de ligature de l'iliaque externe).

On traverse des tissus épais, œdématiés, on effondre à la pince de Kocher la gaine de psoas, et on livre issue à une forte quantité de pus épais, bien lié. La cavité de l'abcès est de faible dimension et n'admet que l'extrémité de l'index.

Drainage au tube de caoutchouc.

Suites opératoires normales.

L'enfant sort guéri de l'hôpital.

Ex. bactériologique : staphylocoque doré.

Pas d'examen radiologique.

OBSERVATION 31 (résumée)

Thèse Roy

Psoïtis traumatique

Un homme de 25 ans, a subi il y a 8 mois un violent traumatisme de la région lombaire droit par un tampon de locomotive, qui détermina quelques jours plus tard l'apparition d'une collection superficielle, disparaissant vite sous l'influence du repos et du traitement antiphlogistique.

Brusquement, en pleine santé revenue, il est pris de frissons, sa cuisse se fléchit, et se met en rotation externe, la région lombaire est le siège d'une douleur exquise. Une tumeur inflammatoire violacée, fluctuante, se fait jour au-dessus de l'arcade

de Fallope. On l'incise : peu de pus ; l'exploration au stylet n'indique pas de point osseux dénudé. Il faut, quelques jours plus tard, inciser une collection siégeant à la partie externe de la cuisse.

La marche est assez difficile après guérison ; l'auteur l'attribue à la fonte totale du psoas.

OBSERVATION 32 (résumée)

Thèse Roy

Psoïtis traumatique

Un homme de 35 ans, ayant reçu un coup de pied de cheval sur la paroi abdominale antérieure, est admis dans un état alarmant : pâle, traits tirés, yeux cernés, vomissements verdâtres. Le gonflement douloureux du scrotum et de la fosse iliaque droite ne permettent pas l'examen. On institue un traitement médical : repos, antiphlogistiques.

Trois jours plus tard, la cuisse se met en flexion sur le bassin. L'état du blessé empire jusqu'au 15^e jour (frissons, sueurs, douleurs vives lombo-iliaques). L'apparition d'une voussure inflammatoire sus-fallopienne calme les signes généraux.

On pratique une large incision transversale parallèle à l'arcade crurale, qui donne issue à une grande quantité de pus. Les doigts explorateurs s'élèvent dans la gaine du psoas. La flexion de la cuisse devient plus aisée. Evolution favorable.

Il conserve quelque gêne dans les mouvements de la cuisse, à sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION 33 (résumée)

BOURIENNE (1775)

*Psoïtis traumatique ; absence de signes fonctionnels.
Guérison par ouverture de l'abcès*

Homme recevant un coup de manche de bêche sur la région iliaque gauche : douleur immédiate très vive, amélioration ra-

pide. Quelques jours plus tard, reprise de la douleur, gêne très importante de la marche, tuméfaction iliaque. Le traitement antiphlogistique n'amène qu'une sédation passagère. Un état général indiquant la suppuration, la persistance de la douleur, quoiqu'atténuée font intervenir.

Incision à 3 doigts en dehors de la ligne blanche et au-dessus de l'anneau crural : le bistouri plongé dans le psoas, donne issue à une livre et demie de pus. Lavages (décoction d'orge et miel rosat) ; suppuration pendant 4 mois.

Persiste, après cicatrisation, un engourdissement de la cuisse, qui cède au traitement crénothérapique.

OBSERVATION 34 (résumée)

PROTICH in thèses MARCANO et PETT

Psoïtis traumatique. — Opération. — Mort

Enfant de 7 ans et demi, après avoir reçu un coup de pied dans l'aîne, fixe sa cuisse en flexion à 90° ; est dans un état général grave ; tumeur iliaque interne palpable sous anesthésie. On incise, libérant beaucoup de pus, bien lié.

L'état général s'aggrave. L'enfant meurt. A l'autopsie, on trouve le psoas-iliaque transformé en une vaste cavité purulente.

OBSERVATION 35

(INGELRANS ET MINNE)

*Psoïtis gauche à staphylocoques hématome suppuré (?)
du psoas*

De.... Charles... 14 ans apprenti mécanicien.

L'enfant entre le 23 janvier 1924 à l'hôpital. Il souffre de la hanche gauche.

Il est tombé, voici 15 jours, du haut d'un escalier d'une vingtaine de marches, sur le ventre, les jambes écartées.

Le lendemain, il continue à aller et venir comme de coutume, ne ressentant que quelques douleurs dans le ventre.

Le jour suivant, il veut se rendre à son travail, mais il est obligé de revenir chez lui, éprouvant de violentes douleurs dans le ventre et la cuisse gauche.

La marche devient vite impossible, et l'enfant fut obligé de garder le lit cependant que sa température s'élevait rapidement.

Cliniquement : l'état général est franchement mauvais ; traits tirés, yeux cernés, figure pâle et défaite. L'allure est celle d'un sujet profondément infecté. La température s'élève à 40°. Le pouls bat à 150 ; il est bondissant.

Examen local. — La cuisse gauche est fléchie à angle aigu sur le bassin. Elle repose en abduction et rotation externe sur le plan du lit.

Il existe un gros oedème de la racine de la cuisse. Circonférence de la cuisse droite 52 cm ; circonférence de la cuisse gauche 58 cm.

A la palpation, on trouve la région de la fosse iliaque et du triangle de Scarpa très douloureuse et empâtée. Cette tuméfaction profonde, plonge dans la fosse iliaque, dans la direction de la région latérovertébrale.

Les repères normaux de la hanche ne dénotent aucun déplacement. Lignes de Nelaton-Roser, de Shoermacker normales. Les mouvements actifs sont complètement abolis. Les passifs très limités, et extrêmement douloureux.

Intervention chirurgicale sous anesthésie générale (Professeur Le Fort).

Incision pour la découverte de l'iliaque externe. On décolle le péritoine de proche en proche, ouverture de la gaine du psoas au bistouri. Ecoulement très abondant d'un pus bien lié, non fétide, nettement hématique.

Mise en place d'un gros drain.

L'exploration au doigt ne révèle l'existence d'aucun point osseux dénudé.

Les suites opératoires furent très simples.

On enlève le drain au 6^e jour.

L'enfant sort complètement guéri le 7 février 1924 et recommence à marcher.

Ex. bactériologique : Staphylocoque doré. Pas de contrôle radiographique.

OBSERVATION 36

*Psoïtis droite à staphylocoques ; probablement hématome
traumatique du psoas infecté par voie lymphangitique
au départ d'une suppuration superficielle tégumentaire
du membre inférieur*

(INGELRANS ET MINNE)

N... Marcel, 10 ans.

Le 3 septembre 1928, l'enfant a fait une chute sur la bordure du trottoir qu'il voulait franchir.

Il tomba à plat ventre, la racine de la cuisse portant violemment sur le sol. L'enfant se releva sans trop souffrir et continua sa marche.

4 jours après, des douleurs commencèrent à apparaître dans la région contusionnée. Elles étaient continues, peu accusées, mais d'apparition brusque.

Pas de phénomènes digestifs.

Pas de fièvre.

Le lendemain, les douleurs réapparaissent plus vives et le membre inférieur se place dans l'attitude qu'il garde encore aujourd'hui : contracture en flexion, cuisse en abduction, rotation externe.

L'enfant marchait encore difficilement quand le 9 septembre, il fut mordu par un chien au niveau du genou droit. Morsure superficielle qui ne retint l'attention ni des parents, ni de l'enfant.

Le malade entre le 11 septembre dans le service. *Au point de vue fonctionnel* les douleurs siègent à la racine de la cuisse ; elles sont torpides, continues, rarement très violentes.

L'impotence fonctionnelle est assez marquée. La marche est cependant possible mais douloureuse et difficile, étant donnée l'attitude du membre inférieur.

Couché, le malade tient sa cuisse en flexion aiguë sur le bassin, et sa jambe en flexion sur la cuisse. Légère rotation externe.

Fort^e ensellure lombaire.

La racine de la cuisse droite ne présente rien de particulier à l'inspection.

La face antérieure du genou droit porte la trace de la morsure précitée ; plaie infectée, suintante avec liseré inflammatoire net.

De plus, l'ongle du gros orteil droit manque, conséquence d'un coup ancien.

Debout, le malade présente l'attitude de la démarche typique du coxalgique ; jambe droite en flexion légère sur la cuisse, cuisse légèrement fléchie et en abduction sur le bassin.

Les mouvements de la cuisse sur le bassin sont conservés, mais douloureux. Leur amplitude est sensiblement diminuée, sauf l'abduction qui reste normale.

Claudication très nette.

A la palpation : Pas de signes inflammatoires nets à la racine de la cuisse.

Légère douleur à la pression profonde au devant des vaisseaux fémoraux sous l'arcade.

La pression et la percussion du grand trochanter droit sont également douloureuses.

Au niveau de l'abdomen : La fosse iliaque droite présente un empatement profond, latéro-vertébral douloureux. La région appendiculaire est muette.

Le toucher rectal ne révèle rien.

L'examen de la colonne vertébrale, des poumons et du cœur est entièrement négatif.

La température est à 38°.

Le pouls bat à 100.

Intervention : le 13-9-28 (D^r Ingelrans et Becuwe).

Anesthésie générale, Balsoforme.

Incision à un travers de doigt au dessus de l'arcade crurale.

Décollement du péritoine. La gaine du psoas est tendue; on la perfore au moyen d'une Kocher et l'on donne issue à un flot de pus épais, légèrement hématique, inodore. Nulle part, on ne tombe sur de l'os dénudé. La collection remonte à bout de doigt le long des fibres du psoas.

Mise en place d'un gros drain.

Suites opératoires : Chute de la température. On installe une extension continue avec 2 kilos le 12 septembre 1928.

Guérison parfaite sans incident.

Ex. bactériologique :

Ex. direct et culture : staphylocoque doré, pas de b. de Koch.

Ex. radiographique : de nombreuses radiographies pratiquées à différentes époques de la maladie ne révèlent aucune lésion osseuse.

D'autres fois, il agit indirectement au cours d'un effort violent, en causant une rupture centrale des fibres musculaires.

OBSERVATION 37 (résumée)

(GUÉNEAU DE MUSSY (1831))

Femme de 29 ans, meurt en 17 jours, après un accouchement et des suites normaux, avec des signes d'ilio-psoïte gauche. A l'autopsie, l'auteur trouve un vaste foyer de sang noir, infiltrant psoas et iliaque, sans connexion aucune avec le ligament large.

OBSERVATION 38 (résumée)

(MARCANO, 1877 in thèse Petit)

« *Abcès traumatique de la fosse iliaque droite.
Ouverture et mort* »

Femme de 42 ans, ayant ressenti au cours d'un exercice violent, une forte douleur iliaque droite, accompagnée très vite de la fixation irréductible de la cuisse en flexion.

La fosse iliaque s'empâte, un abcès se fait jour et se vide, en huit jours, au-dessous de l'arcade crurale : la fistule explorée conduit dans la gaine iliaque. On incise au-dessous, dans le but de drainer mieux. Mort rapide.

L'autopsie vérifie qu'il existe un très gros foyer purulent, détruisant tout le psoas-iliaque.

OBSERVATION 39 (résumée)

(MARCHAL 1842, in thèse Marciano)

« *Psoïte traumatique. — Absès de la fosse iliaque. — Ouverture de la gaine du psoas. — Guérison* »

Concerne le cas d'un homme de 40 ans ressentant une vive douleur lombo-iliaque et crurale interne, au cours d'un effort. Il souffre, les jours suivants, sa cuisse se fixe en flexion irréductible, une tuméfaction iliaque accompagnée de fièvre apparaît, puis sous crurale (fluctuation en bissac).

L'incision menée en dehors du couturier, verticalement, fait sortir 250 grammes de pus crémeux de la gaine du psoas. Contre-incision postérieure, sous le grand trochanter.

Guérison en un mois, avec récupération fonctionnelle excellente de la flexion de la cuisse.

OBSERVATION 40 (résumée)

(LOBSTEIN in thèse Marciano)

« *Psoïte traumatique par cause indirecte. — Mort. Absès dans l'intérieur du psoas* »

Une femme de 28 ans, en sautant une rivière avec un fardeau sur l'épaule ressent une vive douleur lombaire droite. Malgré quelque jours de repos, elle ressent des douleurs spontanées selon le trajet du psoas et provoquées par les tentatives d'extension de la cuisse, fléchie sur le bassin. L'état général est très grave fait d'anorexie, fièvre vespérale, constipation. Elle s'affaiblit progressivement, et meurt à la 5^e semaine. L'examen nécropsique montre que le psoas-iliaque est détruit par le pus dans toute son étendue.

De toute façon un hématome — important en raison de la richesse vasculaire du muscle — se produit, qui constitue évidemment pour les microbes en circulation, un point d'appel, et un milieu de culture favorable. Selon Lejars, et Lecène, « la suppuration d'un foyer

de rupture musculaire est rare sauf au niveau du psoas ».

On a voulu expliquer la fréquence relative des psoïtis primitives par la texture particulière du psoas-iliaque: muscle fragile, très vascularisé. Marcano a même cherché expérimentalement à provoquer des ruptures centrales, en appliquant des tractions aux deux extrémités du muscle isolé. Il a constaté qu'il fallait développer des forces de 60 à 70 et jusqu'à 80 kilogrammes pour y parvenir. Chez l'enfant, la contraction du psoas a pu être parfois assez forte pour arracher le petit trochanter, au cours d'un traumatisme indirect (61 cas connus en 1934). Dans aucun de ces cas, cependant où il a pu y avoir certes des déchirures fibrillaires du muscle, on n'a constaté de suppuration.

Dans d'autres cas, ce serait un traumatisme minime, mais répété qui provoquerait la dégénérescence musculaire, et favoriserait la suppuration.

OBSERVATION 41 (résumée)

(Thèse PETIT 1898)

« Psoïte consécutive à des traumatismes répétés de la région inguino crurale. — Opération. — Guérison. — Hernie et éversion consécutives. »

Un tisserand de 20 ans, souffrant d'un endolorissement continu de l'aîne gauche produit par les chocs du métier à cet endroit, se met à présenter une démarche claudicante par gêne de l'extension crurale, des douleurs iliaques avec irradiation lombaire et crurale, de la fièvre vespérale, de l'empâtement de la fosse iliaque interne.

Morestin pratique une incision courbe de 12 cms de long à 2 cms. au dessus de l'arcade de Fallope, qui fait sortir 500 grs de pus de la gaine du psoas, il contre-incise à 3 cms au dessous de l'arcade crurale, en dehors des vaisseaux et installe un drainage. Le pus contient des streptocoques.

Le malade est guéri en 6 semaines, mais avec une éventration.

Ou bien, un traumatisme minime d'un muscle psoas malade provoquerait une rupture en apparence spontanée. Les toxines microbiennes atteignent le muscle de lésions vasculaires parcellaires. Cette atteinte serait la cause des myalgies qu'on observe dans les infections générales du type de la grippe (Soulayrol), les fièvres éruptives. L'ischémie, la dégénérescence toxinique favoriseraient cette rupture à l'occasion d'un trauma insignifiant.

La fatigue, le surmenage du psoas créeraient une auto-intoxication locale « par accumulation de produits cataboliques, de déchets provoquant l'asphyxie locale du muscle » (Hayem) qui diminue « les propriétés bactéricides normales du muscle » (Kader). L'infection serait favorisée de ce fait.

Muscle long, soumis par sa situation anatomique, son rôle physiologique à un travail intense dans la marche, le saut, le psoas-iliaque serait exposé chez les individus soumis à des efforts continus, ou violents, disproportionnés à sa force, à des ruptures fibrillaires. Son importante vascularisation favoriserait un épanchement

sanguin considérable, dont l'infection et la suppuration rendraient compte des suppurations développées primitivement dans la gaine iliaque.

Le rôle de l'infection lymphatique locale

Contrairement à ce que dit Pergola qu'« il n'y a dans les myosites aucun rapport topographique entre la porte d'entrée et le foyer d'infection musculaire permettant de faire penser à une voie d'infection lymphatique, par anastomoses entre lymphatiques superficiels et profonds », il existe, pour le psoas-iliaque, une telle disposition — nous l'avons vue en décrivant l'anatomie normale —. Et nous estimons que c'est bien là une cause importante et relativement fréquente des psoïtis primitives surtout dans l'enfance et l'adolescence.

De nombreux auteurs avaient soupçonné cette possibilité en raison des relations immédiates du psoas et des groupes ganglionnaires iliaque externe, et lombo-aortique. Il ne s'agit certes pas d'une infection secondaire : le fascia iliaca s'opposant à la propagation du pus vers l'intérieur du canal iliaque. Par Poucel, Berhmann, Sworn, Ingelrans et Minne, et nous même en 1933, l'hypothèse a cependant été nettement exprimée que les psoïtis primitives ont parfois une origine adéno-lymphangitique.

Il était difficile d'en avoir une preuve anatomopathologique. On n'a jamais l'occasion d'opérer assez précocement pour pouvoir trouver des lésions limitées,

évidentes, des lymphatiques intrapsoïques. Cependant en raisonnant par analogie avec ce qui se passe pour le phlegmon de Brault, on pouvait se demander s'il n'existait pas une organisation lymphatique bien individualisée dans la portion psoas.

La preuve formelle, anatomique, est fournie par Leroy des Barres — on a lu le résultat *officiel* de ses recherches, et Bolté. Il reste, pourtant à étudier le mécanisme intime de cette infection lymphatique.

Les ganglions iliaques, et lombo-artiques sont infectés par des germes embolisés dans la circulation lymphatique à partir de portes d'entrée siégeant dans le territoire qu'ils drainent. De là, par le mécanisme assez courant de l'infection lymphatique rétrograde, ils gagnent les nodules de Bolté et s'y développent. A ce niveau, adénite, périadénite, adénophlegmon, myosite se succèdent, celle-ci n'étant qu'une complication de celles-là (Poucel).

Le mécanisme de l'infection lymphatique rétrograde est très connu en pathologie générale : il est fréquent de voir des métastases néoplasiques produites à contre-courant : adénopathie du ganglion de Troisier du cancer gastrique, métastases ombilicales des cancers digestifs. Deux dispositions anatomophysiologiques des lymphatiques l'expliquent : le ralentissement du cours de la lymphe, l'absence de valvules dirigeant le courant, dans les vaisseaux lymphatiques de petit volume. Pribram (1) a démontré expérimentalement sur l'ani-

(1) PRIBRAM. La lymphangite aiguë péritonéale. Presse médicale 1931, p. 1966-1969 (indications bibliographiques de tous ses travaux antérieurs).

mal, que l'irritation de voisinage peut renverser le sens du courant, dans les petits lymphatiques, favoriser par la stase et la dilatation la pullulation des germes, à cet endroit. Le mécanisme du phlegmon de Brault est le même : c'est à partir des ganglions iliaques ou lombéo-aortiques infectés, en effet, que les ganglions iliaques sont atteints par voie rétrograde (Brault, Picqué). Cette explication a le mérite de vérifier la réalité des supurations bénignes résolutives : elles ne sont qu'une adénite passagère susceptible de régresser, alors que la lésion initiale, l'adénite iliaque, évolue pour son compte propre et s'abcède.

Conclusion. — La pathogénie des suppurations aiguës primitives développées dans la gaine iliaque n'est en somme pas équivoque. S'il s'agit toujours d'une myosite du muscle psoas iliaque : deux mécanismes en sont responsables :

1° l'infection générale sanguine, qui trouve au niveau de la gaine iliaque un terrain propre à favoriser sa fixation et son développement.

2° l'infection lymphatique rétrograde des nodules ganglionnaires situés dans les espaces cellulaires sous iliaques et intrapsoïques, à partir des ganglions dont ils sont tributaires, eux-mêmes étant atteints par une infection du territoire qu'ils drainent.

QUATRIÈME PARTIE

ETUDE THERAPEUTIQUE

Bien collectée à l'intérieur de la gaine iliaque, ou bien même répandue hors d'elle, la suppuration aiguë primitive ilio-psoïque, guérit très simplement dès l'incision opératoire et le drainage approprié institué. Du fait qu'elle est primitive, c'est-à-dire localisée et sans relation étiologique avec le voisinage, ce traitement est suffisant à consacrer la guérison.

Les indications du traitement

Au tout début des accidents, alors que seuls existent des signes d'infection générale accompagnés d'impotence fonctionnelle du membre inférieur, et de quelques douleurs, le traitement médical et orthopédique est seul de mise.

Les trois modes d'évolution décrits plus haut, rendront nécessaire une conduite du traitement variable selon les cas :

1° Si l'infection et l'inflammation ne dépassent pas le stade de début, l'évolution très écourtée est spontanément favorable, en peu de jours. Il n'est donc pas nécessaire de faire plus qu'un traitement symptomatique, antiinfectieux, et antialgique pour favoriser la *restitutio ad integrum* qui tend à se réaliser d'elle-même.

2° par contre, si les signes d'infection générale sont très graves, témoins d'une atteinte considérable de l'état général, prenant les caractères de la septicopyhémie ; avec seulement un minimum de signes locaux :

des douleurs, de la sensibilité sur le trajet de la gaine iliaque, tous éléments d'un pronostic très sombre, très souvent fatal, on ne peut en attendant la localisation dans la gaine du psoas, recourir qu'au traitement médical de l'infection générale.

3° Si, relativement vite, on voit se développer une suppuration localisée dans la gaine iliaque, il importe de rapidement débrider le foyer d'abcédation, et faire au pus une issue à l'extérieur par un drainage convenable, tâchant d'éviter l'apparition des complications, très graves, et trop souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique. Déterminer le moment opportun pour opérer, décider de la technique, étudier les soins post-opératoires, le traitement des complications enfin, tel est le plan du chapitre de l'étude du traitement chirurgical.

LES METHODES DE TRAITEMENT

Le traitement orthopédique

Nous désignons ainsi les moyens chirurgicaux mécaniques, simples, destinés à lutter contre la douleur et l'inflammation du psoas-iliaque.

Rien ne réalise mieux une mise au repos complet, et ne fait plus sûrement céder contracture et douleurs, que l'immobilisation rigoureuse du membre inférieur. Les anciens auteurs, après Grisolle, avaient surtout en vue la correction par ce moyen de l'attitude en flexion aiguë de la cuisse sur le bassin, dont il craignaient très

fort la persistance même après ouverture spontanée ou chirurgicale de la collection. Et, pour remédier à une infirmité qu'ils croyaient devoir être considérable, ils enfermaient le membre malade en appareil plâtré. Corrigeant sous anesthésie générale, la flexion cruro-iliaque, ils appliquaient un grand plâtre pelvi-crurupédieux. La chirurgie actuelle ne fait plus un instant question d'utiliser un tel procédé, qui ne présente que des dangers — nous n'y insisterons pas davantage.

Et puis, aussi, nous avons dans l'extension continue progressive, une réalisation très simple, très facile à surveiller, dosable, renouvelable sans ennui autant de fois que nécessaire ; et qui a encore l'avantage considérable de laisser entièrement libre la région malade. Si on applique l'extension continue avant l'opération, elle ne gêne en rien l'observation quotidienne, qui permet de décider, le moment opportun, d'intervenir. Poucel lui reproche d'avoir, dans le cas d'un malade qu'il put observer, abouti seulement à provoquer de l'ensellure lombaire, et des douleurs plus vives.

En cas de douleurs vives, de flexion cruro-iliaque, très aiguë, il est peut-être préférable de s'abstenir de l'employer. Mais, après l'intervention, nous y avons toujours recours. Elle ne gêne en rien l'application des pansements, l'exécution des soins post-opératoires et soulage beaucoup le malade. De plus, elle s'oppose complètement à la rétraction cicatricielle éventuelle possible, du psoas iliaque. Malgré la rareté de cette séquelle, nous pensons qu'il est utile d'y parer par ce moyen simple, et facile.

Le traitement, médical

Il faut, de plus, tenter d'enrayer la phlegmasie locale. Le traitement anti-phlogistique le plus banal réalisé par le moyen de grands enveloppements humides chauds, souvent renouvelés, de toute la région lombiliaque, ou de l'application d'une large vessie de glace, peut aider à la résorption du pus en formation. A tout le moins, il aide beaucoup à la limitation et à la collection rapide de la suppuration.

La vaccinothérapie aide à la résorption de l'inflammation, ou favorise la limitation aussi, et le gain à l'opération est de quelques jours, sur l'abandon du malade à sa propre défense. Notre préférence est acquise ici au stock-vaccin polyvalent de Delbet, ou propidon. Chez l'enfant : 1/4 à 1 cc, selon l'âge et la résistance générale ; chez l'adulte : 1 à 3 ou 4 cc. sont injectés par voie sous-cutanée, ou intramusculaire. Au besoin, on répète l'injection dans les deux ou trois jours qui suivent. L'administration du vaccin est en règle générale suivie d'une réaction fébrile importante, avec hyperthermie de 39°5, 40°, et des frissons, parfois violents.

Popescu et Podeanu ont tenté de recourir à l'application radiothérapique dans le but de faire avorter l'infection locale du psoas-iliaque. Dans trois cas, ils ont eu à subir 3 échecs ; voici les observations :

OBSERVATION 42

(POPESCU-PODEANU)

Iléo-psoïtis primitive gauche à staphylocoques. — Radiothérapie et incision

Arefte C... fillette de 10 ans, de Bucarest, hospitalisée pour état fébrile, accompagné d'un abcès de la fosse iliaque gauche, et impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, avec le diagnostic de coxalgie.

Il y a trois semaines, elle est tombée et s'est fait aux 2 jambes des plaies superficielles ; quelques jours plus tard, apparaissait une tuméfaction iliaque qui a grossi, en même temps que la température oscillait entre 38° et 39°.

Etat à l'entrée. Hanche gauche en flexion irréductible, abduction, rotation externe, mouvements passifs de l'articulation limités. La palpation de la fosse iliaque indique qu'il y a là une masse dure, fluctuante au centre, et des ganglions superficiels augmentés de volume. La radiographie du bassin est négative quant à l'existence d'une lésion ostéoarticulaire. Examen du sang 11.000 leucocytes — dont 85 % de polynucléaires. Par ponction, on retire du pus franc, contenant beaucoup de staphylocoques.

On institue un traitement local d'attente (pansements humides et radiothérapie profonde) qui échoue. Intervention par incision sus-crurale. Evacuation d'une grande quantité de pus contenu dans l'épaisseur de la masse musculaire psoas-iliaque ; drainage par drains et mèches. On met le membre en extension continue.

La guérison est obtenue au 30^e jour.

OBSERVATION 43

(POPESCU-PODEANU)

Hématome suppuré intra-psoïque droit. Echec du traitement par les Rayons X ; guérison par incision et drainage

Garçon de 13 ans, hospitalisé pour douleur inguino-abdominale accompagnée de fièvre durant depuis un mois. Il s'est blessé en tombant sur une barre de fer, dans la région lombaire droite. Quelques jours plus tard, il a commencé de se plaindre de céphalalgie, de douleur inguino-abdominale droite. On a administré diverses drogues, recommandé le repos au lit. Devant l'échec de ce traitement, l'enfant est hospitalisé.

A l'entrée, la température est de 37°5 ; le membre inférieur est en flexion à 90°, abduction, rotation externe. La palpation fait sentir une masse dure, à contour nettement délimité, au dessus de l'arcade crurale atteignant une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont limités. Il n'y a pas de lésions osseuses à l'examen radiologique du bassin. 9.800 leucocytes, avec polynucléose nette à la numération globulaire. La ponction ramène du pus sanguinolent contenant des polynucléaires et des staphylocoques.

Sans amélioration nette, on applique à 5 reprises des Rayons X sur la hanche, en extension continue. Le manuel opératoire consiste alors en une incision supra-crurale, une pince de Kocher introduite dans la tumeur sous-iliaque donne issue à une quantité importante de pus de couleur chocolat. Drainage par drain et mèches.

Amélioration progressive — baisse thermique — récupération de la flexion de la hanche. L'enfant quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION 44

POPESCU-PODEANU

Psoïtis primitive gauche, traitée par radiothérapie qui échoue et incision sus-crurale

Fillette de 10 ans, hospitalisée le 22 avril 1933 pour attitude

vicieuse du membre inférieur gauche, tuméfaction profonde de la fosse iliaque, et fièvre.

A eu, en janvier, de l'impétigo de la jambe. En février, elle a ressenti des douleurs iliaques gauches, irradiées au genou, et a été très gênée pour marcher. On a appliqué localement divers onguents, des compresses, sans résultat.

A l'entrée à l'hôpital, elle tient sa cuisse gauche en flexion, abduction et rotation externe. A la palpation, on découvre dans la fosse iliaque une masse dure, atteignant la crête iliaque et arrivant à 3 travers de doigts de la ligne médiane. Limitation complète de l'extension dans l'articulation coxo-fémorale. Examen radiographique négatif des os du bassin et de la hanche. Aucun trouble digestif.

Deux séances de radiothérapie tendent à faire baisser la température et à améliorer l'attitude vicieuse, avec l'aide de l'extension continue. A la troisième, fièvre et flexion crurale réapparaissant, on opère l'enfant.

L'incision de découverte de l'artère iliaque externe, le refoulement du cul-de-sac péritonéal conduisent dans la collection suppurée iliaque, d'où s'écoule beaucoup de pus. On draine par un tube et des mèches. Sortie au 19^e jour, guérie.

Le traitement de la septico-pyohémie grave ne nous retiendra pas longtemps ici : aider l'organisme défaillant par les toni-cardiaques, les injections de sérums artificiels, la transfusion sanguine, ou l'immuno-transfusion, tenter la lutte contre l'infection par l'abcès de fixation, la chimiothérapie, la vaccinothérapie, la sérothérapie résument la thérapeutique, malheureusement trop souvent inefficace de ces formes sévères.

Le traitement chirurgical

Beaucoup plus brillant, par contre, le traitement opératoire ouvre la voie au pus, fait rapidement recéder les signes généraux, l'infection perd très vite toute virulence, la fièvre tombe en 24 ou 48 heures, l'état général se transforme.

A quel moment faut-il donc intervenir ? Le redoutable pronostic que formulaient les anciens auteurs en présence d'un cas de pyostitis était fait de leur propre observation, ou de la connaissance de cas plus anciens; mais toujours concernant des malades abandonnés à l'évolution naturelle, ou opérés très tardivement. Presque toujours, de très graves complications, surtout l'arthrite purulente coxo-fémorale assombrissaient singulièrement l'avenir de leurs opérés. Aussi, par réaction, Condamin, recommandait-il d'opérer « dès le diagnostic posé de la suppuration », sans attendre l'apparition de la fluctuation, « dès qu'une ponction ramène un peu de pus ». C'est vraiment trop de hâte. Mais il paraît bon d'intervenir dès que le pus semble collecté, ce dont rend bien compte la fluctuation, même obscure, apparaissant dans la tuméfaction sus-fallopienne. On peut ne pas attendre la fluctuation caractérisée, évidente. Il arrive fréquemment d'intervenir alors qu'on pense rencontrer une suppuration très crue, un foyer d'inflammation dense, et très dur, à peine ramolli un peu, en son centre ; et de trouver du pus très abondant. De plus, on évite en opérant tôt l'ouverture spontanée dans le tissu cellulaire sous-périto-

néal, qui facilite les complications et fait diffuser la suppuration.

Il n'y a, d'ailleurs, ni contre-indication véritable, ni le moindre danger à intervenir assez précocement. L'opération est facile, sans gravité, et peut être très bien supportée par tous les malades, même d'état général déficient.

La ponction de la gaine du psoas peut être un premier temps utile.

Pratiquée selon la technique courante en chirurgie infantile pour l'exploration et la vidange des abcès pottiques du psoas, elle permet de retirer quelques gouttes du pus qui seront soumises à l'analyse bactériologique. Son rôle se borne à confirmer la réalité d'une suppuration aiguë ilio-psoïque, à prouver que le germe en cause n'est pas le bacille de Koch. Elle doit céder très vite le pas à une thérapeutique chirurgicale plus énergique et surtout plus complète. Rolland recommande une technique de prudence, l'incision de la paroi guidée par l'aiguille laissée en place, après ponction.

Ouvrir délibérément la gaine iliaque est tout aussi simple, et sans danger, avec une technique bien réglée.

L'indication essentielle est de réaliser un drainage suffisant, au point déclive de la gaine lombo-iliaque.

Les méthodes de drainage

Historique

Les psoïtis, vers 1880, sont considérées à raison com-

me des maladies de la plus haute gravité. Les observations d'alors en tracent un tableau très sombre. On laisse, jusqu'à l'extrême limite de la résistance du malade évoluer la fonte nécrotico-purulente du muscle, le pus se faire jour à la peau, ou dans une cavité viscérale pelvienne. C'est là qu'on trouve aux autopsies de malades cachectisés, morts dans le marasme, et l'hecticité, la gaine iliaque pleine d'une bouillie putrilagineuse noirâtre : sang abondant, pus putride (du fait du voisinage intestinal, et en dehors de toute fistulation appendiculo-caecale dans la cavité abcédée), débris musculaires sphacéliques. Si par hasard, le malade ne succombe pas avant, le pus en rétention envahit l'articulation coxo-fémorale, dénude l'aile iliaque, fuse sous le ligament de Poupert, se répand dans les espaces cellulaires de la racine de la cuisse, atteint la fesse en passant sous l'échancrure sciatique, envahit les lombes. L'issue cutanée aggrave encore le pronostic : l'infection secondaire, les complications assombrissent singulièrement l'évolution du phlegmon psoïque abandonné à lui-même. On tente d'y remédier en ouvrant plus précocement une voie au pus, au dehors.

Les premières interventions chirurgicales consistèrent en l'incision très prudente de la collection au point où elle faisait saillie : sous la paroi abdominale antérieure, au-dessus du ligament ilio-pubien, dans les lombes, ou au-dessus de la crête iliaque. Mais on intervenait trop tard : l'interminable suppuration fistulaire rend compte qu'avant même l'intervention, l'état d'évolution, l'étendue des lésions rendent illusoire une

bonne mise à plat, complète. De très bonne foi, on attribue l'échec du traitement tardif, à un drainage insuffisant, ou mal appliqué.

Ainsi naît l'idée technique des trépanations iliaques, dont la conception du drainage transosseux déclive, fut une innovation hardie en son temps, mais dont la réalisation montra l'impossibilité d'en faire une tactique courante.

La trépanation du bassin

A Gangolphe revient le mérite d'avoir pratiqué d'emblée, et de propos délibéré, une ouverture dans la substance osseuse du bassin pour drainer une collection psoïque, selon une technique logiquement étudiée (1886).

OBSERVATION 45 (résumée)

GANGOLPHE 1886

Psoïtis — Trépanation — Mort — Autopsie

Un homme de 63 ans, se plaint de douleurs inguinales droites, de gêne à la flexion et à l'extension cruro-iliaques. Sa fosse iliaque interne contient une masse inflammatoire dure, douloureuse, d'où la ponction au trocart de Potain aspire 300 grs de pus bien lié.

Gangolphe a alors l'idée d'une trépanation iliaque qu'il étudie sur le squelette, répète sur le cadavre et applique selon le manuel opératoire décrit plus tard dans la thèse de Condamin. Le pus s'écoule, abondant. Il contre-incise à 3 travers de doigts au-dessous de l'arcade crurale. Le vieillard se cachectise et meurt à la 3^e semaine.

A l'autopsie, Gangolphe constate que la hanche est envahie, par un mince trajet fistuleux, partant de la partie inférieure du psoas, transformé en une cavité purulente, se drainant d'ailleurs bien par l'orifice de trépanation iliaque.

Dans la thèse de Condamin, son élève, il publie tout au long les résultats obtenus, ses recherches anatomiques, sa technique.

Il n'était certes pas sans connaître la trépanation du bassin. Le premier, Ledran avait déjà trépané l'aile iliaque, en quelque sorte sans le vouloir. En régularisant la brèche produite par un projectile pénétrant dans le psoas-iliaque par la face exopelvienne de l'ilion, l'esquillectomie large avait rendu très aisé le drainage de la suppuration, et guéri le blessé.

Manné recommande d'y recourir (Traité élémentaire des maladies des os, 1779). Mais c'est Boucher qui en fait la première réalisation. Son mémoire présenté la même année à l'Académie royale de Chirurgie lui vaut d'unanimes félicitations pour son audace couronnée de succès. « Un citoyen sauvé par une opération qui n'a pas encore eu d'exemple méritait un accueil distingué et la justice que l'on rend publiquement à l'opérateur. Vers la fin du mois d'août 1779 un homme de 50 ans, armé d'un vilbrequin et monté sur une échelle à la hauteur de cinq pieds, tombe de cette échelle, et s'implante dans la hanche gauche le vilbrequin qui pénétra de la longueur de cinq pouces, et fut retiré sur le champ. Il survint des accidents : le chirurgien ordinaire fit appeler M. Boucher. L'ouverture était à un pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et à égale distance des os des iles. Monsieur Boucher instruit du succès avec lequel M. de la Martinière avait trépané le sternum, proposa à ses confrères l'application du trépan sur l'os ilion : elle a

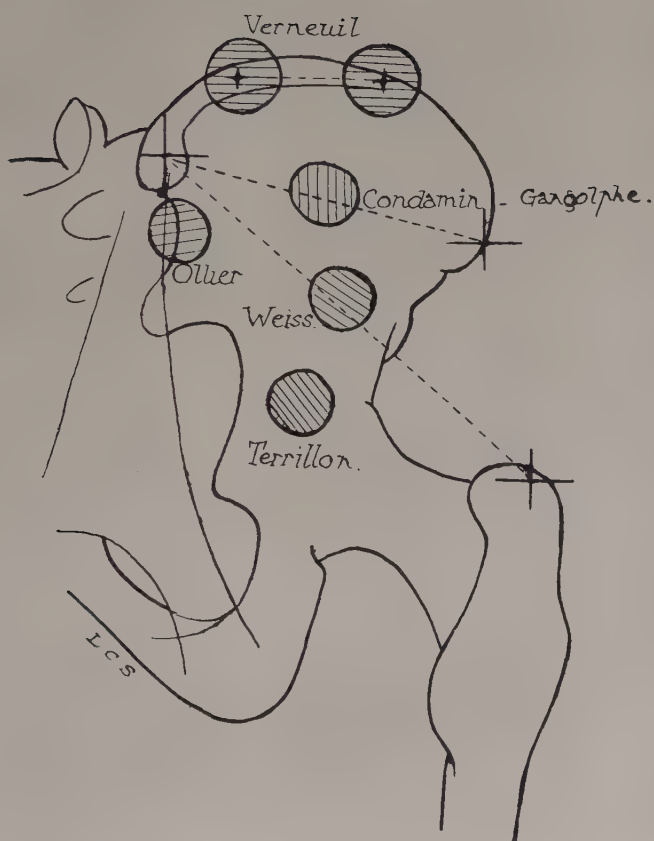


Schéma du repérage dans les procédés
de trépanation iliaque.

été faite, et le succès a couronné la sage conduite de M. Boucher ».

Percy indique seulement que c'est là une bonne opération, utile à connaître et à appliquer (1792).

Ollier l'utilise assez couramment pour drainer les collections inflammatoires, « des caries et nécroses » du bassin, et de l'articulation sacro-iliaque.

C'est à ce moment qu'apparait la préoccupation de réaliser l'opération en un point du bassin favorable à un bon drainage. Par son procédé Ollier ouvre le bassin entre les deux épines iliaques postérieures. Dans sa thèse, parue en 1888, Weiss attaque la technique de Verneuil, d'abrasion de la crête iliaque : l'os, très épais à cet endroit, riche en diploé peut s'infecter facilement. Et de plus, le drainage ne se fait pas au point infime de la collection psoïque, si l'abord de celle-ci est très aisé. Lui, trépane au milieu de la ligne de Langenbeck, repère courant en médecine opératoire, et qui joint l'épine iliaque postéro-supérieure au sommet du grand trochanter. Ainsi il réaliserait l'ouverture de la gaine iliaque à sa partie tout inférieure.

Terrillon rapporte à la société de chirurgie en 1890, qu'il a fait deux ans auparavant une trépanation du bassin en arrière du cotyle, par la face externe de l'ilion, « sur un jeune homme de 22 ans, qui à la suite d'une psoïtis suppurée, présentait une large fistule qui conduisait dans le petit bassin et qui avait résisté à tous les moyens de traitement usités en pareil cas. La trépanation fut faite en arrière de la cavité cotyloïde, au-dessus de l'épine ischiatique, et dans la portion la

plus épaisse de l'os des iles. En quatre mois, j'obtenais une guérison complète ».

Rinne, de Greifswald, reconnaît que c'est une bonne opération, malgré sa difficulté. Fischer, en 1880, l'utilise pour le traitement d'un abcès pottique ; son malade meurt au 4^e mois. Koë nig, Madelung, Helferich la font, sans grande discrimination de l'origine des lésions, pour plusieurs suppurations iliopelviennes, avec plus ou moins de succès.

Gangolphe se propose de l'appliquer systématiquement à la cure chirurgicale des psoïtis fermées, pour vider complètement le pus amassé dans la gaine iliaque, qui sera ouverte au point anatomiquement le plus déclive, le malade étant couché. Sur des cadavres frais, sur le squelette articulé, il détermine expérimentalement le point où s'accumule, dans le décubitus dorsal, de l'eau placée dans la cavité pelvienne. C'est au milieu de la ligne qui joint les deux épines iliaques supérieures, qu'il faut traverser l'aile iliaque, justement dans la zone de moindre épaisseur du tissu osseux. La thèse de Condamin (Lyon 1888) un article très fouillé de la Revue de Chirurgie, de 1889 relatent ces recherches anatomiques, la technique, et quelques résultats.

OBSERVATION 46 (résumée)

GANGOLPHE 1889, in thèse Jeandidier

Psoïte guérie par trépanation d'emblée du bassin

L'histoire rapportée est celle d'un homme de 35 ans, qui souffre de douleurs ilio-inguinales, puis de flexion de la cuisse, accom-

pagnées de fièvre élevée, quelques jours après être resté, plusieurs heures durant, couché sur la terre humide.

Trépanation du bassin au milieu de la ligne joignant l'épine iliaque postéro supérieure au sommet du grand trochanter. Evacuation d'une certaine quantité de pus contenu dans le psoas-iliaque. Les suites sont simples, le malade guérit très rapidement, en quelques jours.

L'exemple, suivi quelque temps, donna quelques succès. Cacciopoli guérit un enfant.

OBSERVATION 47 (résumée)

CACCIOPOLI 1892, in thèse Jeandidier

*Psoïte traitée par trépanation iliaque par le procédé Condamin.
Guérison.*

C'est l'observation d'un enfant de 10 ans, se plaignant d'une douleur iliaque gauche, insidieusement apparue, accompagnée de flexion à angle aigu de la cuisse sur le bassin, de fièvre et d'une tuméfaction iliaque dure.

On opère pour adénophlegmon iliaque juxta-vasculaire. Par l'incision de la ligature de l'iliaque externe par le procédé Cooper on trouve une importante infiltration psoïque par du pus.

On procède alors à la trépanation de l'os iliaque par le procédé typique de Condamin, dans la vue de drainer complètement la collection purulente. On irrigue la plaie 2 fois par jour, enlève le drain au 40^e jour. La guérison est parfaite, avec intégrité fonctionnelle des mouvements du psoas.

Le Dentu fait trois trépanations selon cette technique, avec succès.

Du Bourguet, et Ruotte, en 1893 ont une mort opératoire, par collapsus. « L'opération a duré deux heures, du fait des difficultés rencontrées.

OBSERVATION 48 (résumée)

Du BOURGUET et RUOTTE 1893, in thèse Jeandidier

*Psoïtis suppuré. — Incision iliaque et trépanation de l'os des îles.
Mort par collapsus deux heures après l'opération*

Il s'agit d'une femme de 40 ans, se plaignant du flanc gauche, où on découvre à l'examen sous chloroformisation une tuméfaction dure, paravertébrale, accompagnée de flexion irréductible de la cuisse sur le bassin et de température à 39°.

On intervient pour psoïtis, par une longue incision de 12 cms en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, menée le long de la crête iliaque. En présence d'une grande cavité dans le fascia iliaque, on recourt à la trépanation du bassin à la Condamin, qui est très longue, l'épaisseur osseuse étant considérable.

La malade meurt de collapsus, attribué à la longueur de l'anesthésie. Pas de nécropsie.

Gangolphe connaît aussi des insuccès graves, et abandonne peu à peu son procédé. La thèse de son élève Couraud (1894. Les « psoïtis appendiculaires ») ne fait plus état de la trépanation du bassin que comme un moyen de mettre à plat les fistules spontanées, par perforation de l'aile iliaque, entretenues par la suppuration osseuse. En 1910, Gangolphe écrit à Soulayrol pour sa thèse sur « la psoïtis grippale » qu'il pense maintenant qu'il ne faut trépaner le bassin qu'après échec de l'incision des parties molles.

C'est l'abandon définitif de cette méthode. Elle est, d'abord disproportionnée avec les lésions à traiter, sur-

tout dans les cas de psoïtis primitives. De plus, elle est d'exécution difficile ; et dangereuse en raison du shock opératoire considérable, et de l'ensemencement du tissu osseux iliaque par le pus.

Les incisions des parties molles

Incisions uniques

1^o. — La lombotomie permet d'accéder à travers le plan du grand oblique et du grand dorsal, l'aponévrose du transverse, et le carré des lombes, sur la partie haute du psoas. Elle n'a d'indication qu'en cas de siège élevé de la suppuration, ou de confusion avec une périnéphrite suppurée. En cas de besoin, s'il faut drainer la portion iliaque du muscle, on lui associe une autre incision, complémentaire, antérieure juxta-épineuse.

OBSERVATION 49 (inédate)

Clinique chirurgicale infantile (Pr CURTILLET)

Psoïtis gauche. — Absès de la gaine du psoas, incisé par voie lombaire. — Drainage. — Guérison

G.... Antoine, 6 ans, entre dans le service du Pr Curtillet, salle Guersant, lit n° 12, le 15 novembre 1923.

Il est hospitalisé parce qu'il souffre de la hanche gauche depuis quinze jours. Le début des douleurs au niveau de l'articulation coxo-fémorale, la fièvre à 39°, la marche impossible, ont forcé l'enfant à s'aliter.

Un médecin appelé alors pose le diagnostic « d'embarras gastrique fébrile » : malgré les purgatifs répétés, et la diète, pas d'amélioration.

Le petit malade est alors amené à la consultation externe du service.

Le membre inférieur gauche est fixé en flexion marquée, et légère abduction. Lorsqu'il est debout, l'enfant ne s'appuie que sur la jambe saine, la droite ne touchant le sol que par la pointe des orteils. Pourtant la flexion et l'abduction complètes sont possibles.

La colonne vertébrale est restée très souple : ses mouvements actifs et passifs sont faciles et normaux. La palpation des vertèbres, leur tassement, sont indolores.

Dans la fosse iliaque gauche, la palpation profonde révèle une tumeur allongée verticalement contre le rachis, très douloureuse au palper profond.

L'état général est bien conservé, l'appétit bon, malgré la température élevée.

La radiographie de la colonne lombaire faite le 16 novembre ne montre pas d'inflammation osseuse : rien d'anormal, sauf un spina-bifida symétrique de L5 et S1.

L'examen du sang donne pour résultat : 25.300 globules blancs polynucléaires, 85 ; grands mononucléaires, 4 ; moyens mononucléaires, 9 ; lymphocytes, 2 ; éosinophiles, 2.

Intervention le 25 novembre. Incision à hauteur de L2 en pleine masse sacro-lombaire. On arrive sur la gaine du psoas : son incision laisse s'écouler beaucoup de pus. Drainage. Pansement.

L'enfant sort guéri de l'hôpital le 15 janvier 1924.

OBSERVATION 50 (inérite et résumée)

Clinique chirurgicale infantile (P^r LOMBARD)

Psoïtis droite. — Incision lombaire. — Drainage. — Guérison

C... Germain, enfant de 2 ans est amené par sa mère le 5 septembre 1928 à la consultation du service pour une boiterie qui va s'accroissant depuis son apparition (il y a une dizaine de jours).

Le mouvement d'extension de la cuisse droite est limité, pas de gêne des autres mouvements.

Il y a cinq jours, la mère a constaté une tuméfaction lombo-

iliaque apparente qu'on trouve maintenant très marquée, surtout dans la fosse iliaque droite, fluctuante, allongée le long de la colonne vertébrale. L'enfant est hospitalisé d'urgence.

Le lendemain, la ponction de la collection iliaque donne du pus bien lié, contenant « des diplocoques, ne paraissant pas encapsulés ». Une injection de lipiodol, suivie d'une radiographie de la colonne lombaire montre que la collection arrive au contact du squelette.

Le 7 septembre sous anesthésie générale (kélène-éther) une incision de découverte de la fosse lombaire mène au contact d'un rein très sain. Mais l'incision verticale, sur la tuméfaction lombaire inférieure, amène du pus, au contact des apophyses transverses des vertèbres lombaires, saines. Le pus fuse par cette ouverture quand on palpe la collection abdomino-iliaque ; il vient de la gaine du psoas, qu'on draine par l'extrémité supérieure de l'incision lombaire.

La température, de 39° le soir de l'intervention, tombe à 37° les jours suivants : l'appétit devient meilleur, l'état général redevient normal progressivement. L'enfant quitte l'hôpital au début d'octobre et est ramené par sa mère tous les jours, pour les pansements.

Il a été suivi à la consultation — il ne conserve aucune séquelle, se sert normalement de son membre inférieur droit.

2°. — Une longue incision de huit à douze centimètres menée au-dessus de la crête iliaque (Le Dentu, Ruotte) du type de celle décrite par Lecène pour l'ablation des appendices rétrocaecaux permet d'aborder le psoas, et surtout l'iliaque, par laparotomie sous-péritonéale. Il est intéressant d'y recourir pour l'attaque du phlegmon de Brault : la désinsertion de l'iliaque, ou sa traversée permettent de découvrir très aisément l'espace cellulo-lymphatique sous-iliaque siège de l'abcédation.

3°. — L'incision crurale, au niveau du petit trochanter, ou dans le triangle de Scarpa, en dehors des vaisseaux,

craine la portion sous-fallopienne du psoas. Elle n'est utile qu'associée, comme incision de décharge, à une ouverture faite au dessus de l'arcade crurale.

Incisions multiples

Libouroux, dans un article publié en 1892, dans les Archives provinciales de Chirurgie prône l'association systématique de deux incisions : l'une est sus-crétale postérieure et l'autre antérieure sus-fallopienne, réalisant le « drainage transiliaque ». Ce fut seulement cette double incision qui, dans l'observation suivante, put guérir le malade.

OBSERVATION 51 (résumée)

(LIBOURoux 1891)

Psoïtis et abcès pelvien à droite. Incision simple et drainage d'une collection superficielle. Nouvelle incision du foyer purulent du psoas. Drainage trans-iliaque. Guérison.

Homme de 28 ans, opéré pour psoïtis droite. — La première intervention consista en une incision sous-fallopienne droite, donnant issue à du pus fétide, sanguinolent, contenu dans la gaine du psoas, suivie d'irrigation et de drainage. La reprise de la température, significative de la rétention purulente, obligea à intervenir à nouveau.

Dix jours plus tard, on pratiqua l'incision de ligature de l'iliaque externe. Une brèche accidentelle, de 6 centimètres, faite au péritoine, est fermée par un sujet. La gaine du psoas contient encore beaucoup de pus, on lave et installe deux drains. La fièvre reste élevée. Il y a de l'oedème de la peau, au-dessus de la crête iliaque.

On incise là, 3 semaines plus tard. Après drainage trans-iliaque, la guérison survient très rapidement, en rapport avec la

disparition totale de la suppuration. La cicatrisation est complète en 15 jours. Le fonctionnement du psoas se rétablit parfaitement, en entier.

Gangelphe, en 1899, propose une triple incision : sus-fallopienne (de 10 centimètres), du triangle de Scarpa, et au devant du petit trochanter, dans la région des adducteurs (de 5 centimètres). Les trois drainages transfixiants qu'elle permet de faire, font la vidange complète et parfaite du phlegmon psoïque comme dans l'observation suivante qu'il a publiée en 1897 dans « *Lyon médical* ».

OBSERVATION 52

Psoïtis primitive droite traitée par la triple incision systématique et guérie

(GANGOLPHE, *Lyon Médical* 1897)

Ch... François, 15 ans, entre le 13 septembre 1890 salle Saint-Irénée, n° 13. Ce jeune homme est tout d'abord admis dans un service de médecine pour des douleurs au coude gauche et au pli de l'aîne droite accompagnées d'une fièvre intense. On pensa tout d'abord à un rhumatisme articulaire aigu, et c'est à l'occasion d'une suppuration survenue au niveau du coude qu'il passa dans mon service le 16 septembre. Pas d'antécédents héréditaires notables : quant à lui, il aurait eu la rougeole il y a 9 ans, puis la scarlatine. Plus tard, adénite cervicale suppurée. Il y a 8 jours, frissons, céphalalgies, abattement général ; le lendemain il éprouva une violente douleur au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite et fut obligé de garder le lit. Il eut une fièvre intense avec délire. Quatre ou cinq jours plus tard de nouvelles douleurs se montrèrent au niveau du coude gauche accompagnées de gonflement et d'impotence du bras. A son entrée (13 septembre), la température atteint 40° ; dou-

leurs très vives arrachant des cris au malade ; la langue est recouverte d'un enduit saburral noirâtre. Phénomènes d'hypertrophie cardiaque. Pas d'albumine.

16 Septembre. — Le malade passe en chirurgie. Tuméfaction phlegmoneuse de la région postérieure du coude : fluctuation évidente en un point, puis suppuration par un petit pertuis. La lésion pouvait être extra-articulaire. Au niveau du pli de l'aide droite, un peu de tuméfaction très douloureuse. Mouvements impossibles, très douloureux. Température 40°. Constipation.

17 Septembre. — J'examine pour la première fois le malade et trouve une fluctuation profonde mais très nette de la région du psoas. Les mouvements spontanés ou provoqués sont impossibles : *pas d'éversion du membre qui est dans la rectitude*. Malgré cela, je diagnostique une *psoïte infectieuse* et procède aussitôt à l'incision. Le malade anesthésié à l'éther, je pratique les incisions suivantes :

1° au-dessus de l'arcade, parallèlement à celle-ci, incision de 7 à 8 centimètres.

2° une contre-ouverture en arrière vers le tiers postérieur de la crête iliaque et au-dessus d'elle.

3° une incision parallèle à l'artère fémorale et immédiatement en dehors de ce vaisseau.

4° une contre-ouverture au niveau du petit trochanter à la partie postérieure de la cuisse.

Le foyer est ainsi largement drainé, et la portion pelvienne comme la portion crurale péri-articulaire du psoas sont traversées de part en part par des drains.

Pansements antiseptiques. Suites simples.

Les jours suivants, la température tombe à la normale ; l'état général s'améliore considérablement ; finalement à la date du 25 octobre le malade peut être considéré comme à peu près guéri ; les derniers drains ont été enlevés.

Le 10 novembre, on constate le retour à peu près complet des mouvements du membre malade.

OBSERVATION 53 (inédite)

Clinique chirurgicale infantile (P^r CURTILLET)

Phlegmon du psoas. Incision iliaque, contre-ouvertures lombaire et inguinale. Drainage. Guérison

Pico Jacques, 13 ans, venant de Rouïba, entré le 20 mars 1902, salle Guersant, est opéré pour « abcès phlegmoneux de la fosse iliaque. »

Sous anesthésie générale, rapide, au kélène-éther, on commence par explorer la région malade : on peut ainsi se rendre compte que les mouvements que l'on imprime à la poche iliaque de l'abcès sont perçus aussi dans les régions inguinale et lombaire de la longue tuméfaction phlegmoneuse.

Incision le long de l'arcade crurale. Le pus qui a déjà traversé diverses couches de la paroi abdominale arrive dès l'incision de la peau, et de l'aponévrose amincie du grand oblique : on en vide 3/4 de litre : pus franc, bien lié. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre dans une cavité fermée par le fascia iliaca, et qui a été décollé jusque vers la partie supérieure du muscle psoas.

Nulle part, on ne sent de point osseux dénudé.

En bas, sous l'arcade crurale, cette cavité communique avec l'abcès inguinal.

Contre-ouvertures inguinale et lombaire.

Drainage.

Guérison.

Le procédé de choix, qui remporte maintenant tous les suffrages en raison de sa simplicité et de sa rapidité d'exécution est l'incision unique antérieure utilisée en médecine opératoire classique pour la ligature de l'artère iliaque externe (incision de Cooper (Brault)).

Légèrement curviligne, longue de quatre travers de doigts chez l'adulte, cinq centimètres environ chez l'enfant, elle est parallèle dans ses deux tiers internes à l'arcade crurale, à un centimètre d'elle ; dans son tiers

externe elle se redresse, passant à deux centimètres. On ligature les vaisseaux sous-cutanés abdominaux. Dès l'incision des fibres aponévrotiques du grand oblique on trouve parfois du pus répandu dans la paroi abdominale antérieure, hors de l'aponévrose iliaque rompue. Sinon, abaissant la lèvre inférieure de l'incision, on découvre le bord inférieur du petit oblique qu'on relève vers le haut, sous un écarteur. Dans le fascia transversalis ainsi exposé on creuse une dépression allant jusqu'au péritoine qu'on récline fortement par un écarteur ou une petite valve vaginale. En dehors des vaisseaux, on effondre le fascia-iliaca qui bombe dans le fond de la plaie, au moyen du bistouri ou d'une pince de Kocher fermée. Si on ne trouve pas de pus, à cet endroit, on enfonce l'instrument dans la direction de la paroi osseuse du bassin, et on tombe facilement dans la cavité abcédée, si elle est haute ; ou externe, dans le muscle iliaque, ou sous lui, dans l'espace de Brault.

L'intervention ainsi menée est bien réglée, et rapide : elle doit être faite sous anesthésie générale, très courte : quelques bouffées de chlorure d'éthyle sont souvent suffisantes. L'incision est très commode. En effet, elle peut être très facilement agrandie, le long de l'arcade crurale, et de la crête iliaque, autant qu'il est nécessaire. On peut facilement — et il faut toujours le faire — explorer toute la cavité de la collection purulente, de préférence à l'aide du doigt. On détruit les brides qui la cloisonnent, et recherche les fusées qu'el-

le peut avoir faites, pour les drainer par une contre-incision appropriée.

Elle est enfin très efficace : dans le décubitus dorsal, la pression des viscères abdominaux, leurs mouvements péristaltiques incessants réalisent la continuelle expression de la poche abcédée et aident considérablement au drainage. Nous le réalisons au moyen d'un gros tube de caoutchouc, fenêtré, et de petits tubes placés dans les trajets des contre-incisions.

Dans le cas d'un abcès « tiède », et sous bénéfice d'une étroite surveillance de la température, et en se tenant prêt à supprimer les sutures, à drainer dès la moindre alerte, la fermeture par première intention mérite d'être tentée. Cette technique suivie par J. Poucel dans le cas suivant put écourter beaucoup le délai nécessaire à la cicatrisation.

OBSERVATION 54

POUCEL

Psittis primitive gauche. Fermeture primaire après incision.

Guérison rapide et sans incident

A... Yolande, fillette de 3 ans ; entre à la Conception le 14 février 1924, avec le diagnostic de coxalgie gauche. Il y a un mois, elle a fait une chute dans un escalier et a eu une ecchymose lombo-sacrée. Quinze jours après, elle s'est mise à boîter et à souffrir. Son aspect est chétif et anémié. La flexion de la cuisse est considérable, puisqu'en corrigeant l'ensellure lombaire, elle atteint 90°. La marche est impossible.

A la palpation, il semble bien que l'on a de l'empâtement de la fosse iliaque. Pour élucider complètement cette question, on

pratique un examen sous anesthésie générale au kélène, qui permet de confirmer notre première impression.

La radiographie n'indique aucune lésion de la hanche ni de la colonne lombaire.

Nous demandons alors au laboratoire une numération globulaire et une formule leucocytaire.

Il y a anémie avec leucocytose :

hématies	2.500.000
leucocytes	17.200

la formule est :

grands monos	1
moyens monos	12
lymphocytes	17
myélocytes	2
polynéutro	68

Il y a peu de fièvre $T = 37^{\circ}5$ seulement.

On pourrait penser à un abcès froid, chez cette fillette pâle, dont le père est mort tuberculeux, et dont la température est si peu élevée.

Mais abcès froid de quelle origine ? On ne trouve rien à la hanche, rien à la colonne vertébrale, rien au bassin. D'autre part, la flexion de la cuisse est bien prononcée, et s'est faite bien rapidement. Nous pensons donc à une psoïtis, d'autant plus que l'expérience nous avait démontré qu'il y avait des cas bénins, comme ceux sur lesquels Morestin et Besson, de Lille, ont attiré l'attention.

Nous essayons d'abord des pansements humides chauds et des injections du vaccin polyvalent I. O. D. type I, mais sans constater aucun changement. *Opération* le 19 février. A l'incision de la gaine du psoas on évacue 150 grammes de pus. Lavage de la poche à l'eau oxygénée et éther. Ceci fait, je prépare le drain coutumier. Mais la cavité avait pris si bon aspect, que je me décide de ne pas m'en servir et de tenter la fermeture. Il est bien convenu qu'à la moindre menace, on fera sauter tous les points. Que risquons-nous ? Rien, si nous surveillons l'enfant de près.

Elle est installée dans son lit avec extension continue.

Le pus est examiné au laboratoire qui nous donne la réponse suivante :

Pas de germes visibles à l'examen direct.

Les cultures sur gélose et sur bouillon d'os donnent du *staphylocoque doré*.

Les suites furent on ne peut plus simples. Nous eûmes seulement un crochet à 38°6, le surlendemain.

Le 1^{er} mars, dix jours après l'opération, la jambe est en bonne position. On supprime l'extension. La plaie est presque complètement fermée sauf entre 2 points où il y a un léger suintement lympho-sanguin à la pression. Quelques jours après, on a encore un crochet à 38°6. La pression fait sourdre encore un peu de liquide de la paroi.

Vingt jours après l'opération, l'enfant quittait l'hôpital complètement guérie.

Je l'ai revue en janvier 1926, soit près de deux ans plus tard. Etat parfait au point de vue général et local. Pas d'éventration. Cicatrice à peine visible. Aucune limitation des mouvements de la hanche ; aucun symptôme rachidien : l'enfant fait de longues marches, court et saute sans la moindre gêne. Son anémie a disparu.

Dieulafé dans une observation rapportée par Flourens a fait une suture partielle sur drainage avec aussi un bon résultat.

OBSERVATION 55

Thèse FLOURENS (résumée)

Psoïtis primitive droite traitée par incision et suture partielle sur drainage

Garçon de 14 ans, maladif, dont la maladie débute par des crises douloureuses abdominales, fébriles (38°5) sans troubles digestifs, avec immobilisation progressive du genou et de la hanche droite en flexion, et gonflement de la fosse iliaque interne. Le diagnostic de psoïtis est fait par le P^r Dieulafé qui pratique, sous le chloroforme, une longue incision parallèle à l'arcade crurale et la crête iliaque, et découvre le fascia iliaca bombant dont l'incision donne issue au pus.

Suture partielle de l'abcès intra-psoïque sur un drain remplacé par une mèche rapidement. Guérison au 25^e jour.

Pour très exceptionnelles qu'elles soient, ces indications méritent d'être retenues.

Soins post-opératoires

L'évolution, après l'opération, doit être très surveillée, et demande des soins assidus. Au début, le pansement est fait tous les jours s'il est très souillé ; puis tous les deux jours ; et tous les trois à quatre jours, ensuite. Le drain, raccourci progressivement, est enlevé vers le dixième jour. La cicatrisation de la plaie se fait par bourgeonnement à plat, en général rapidement. Elle est complète, terminée, vers le 20^e jour après l'opération.

Pour prévenir la rétraction cicatricielle du muscle, cependant fort peu à redouter, et dont on ne connaît qu'un exemple (Walther) ; pour calmer les douleurs dues à la mobilisation du membre, l'extension continue (avec traction moyenne) est d'excellente pratique.

Pour les cas de suppuration très abondante, du type sphacélique, les grands lavages ou les instillations continues ou sub-continues au liquide de Dakin dilué, selon la méthode de Carrel, aident beaucoup par la détersion mécanique, et la dissolution des débris purulents au nettoyage de la cavité abcédée.

L'utilisation de stock ou d'autobactériophages dans le but de désinfecter rapidement par la destruction

des germes, la gaine iliaque (Gabas) n'a pas donné de grands résultats.

Traitement des complications

Si la température, au bout de quelques jours, n'est pas tombée à la normale ou remonte, et que des douleurs réapparaissent, il faut vérifier la plaie opératoire de très près, au besoin sous anesthésie générale. La simple rétention purulente est facile à traiter par l'agrandissement de l'orifice et du trajet de drainage, la mise à plat des fusées purulentes par des contre-incisions convenables, et la mise en place de drains nouveaux.

En l'absence de rétention du pus, il faut craindre l'atteinte articulaire aiguë coxo-fémorale, la contrôler par la clinique, la radiographie, la ponction exploratrice et l'examen bactériologique du liquide prélevé.

L'arthrite séreuse peut guérir par la ponction évacuatrice, répétée au besoin une ou deux fois. L'infection purulente nécessite une large arthrotomie de drainage. On la pratique par l'une des voies d'accès antérieures de l'articulation. Chez l'enfant, ou l'adolescent, il peut être nécessaire d'enlever la tête fémorale, en voie de séquestration, séparée presque complètement de son cartilage de conjugaison. Rien n'est plus simple que d'extraire cette épiphyse, libre ou très peu adhérente au col fémoral, de largement ouvrir de la sorte la cavité articulaire. Au besoin, une incision fessière sur la ligne de Langenbeck, complète le drainage. Pendant quel-

ques jours on laisse un petit tube de caoutchouc dans la plaie, puis une mèche de gaze. Il est indispensable d'immobiliser la hanche aussitôt après l'intervention en extension, abduction, et légère rotation externe, dans un grand appareil plâtré pelvicruropédieux, renforcé très largement en arrière par une forte attelle, et ouvert en avant pour permettre les pansements et la surveillance attentive de la région opérée. Il faut une longue période de traitement orthopédique, parfois des interventions itératives, pour atteindre à la guérison. Mais le pronostic est toujours meilleur que pour une ostéomyélite de la hanche.

La fistulisation est exceptionnelle. Si la brèche opératoire reste longtemps ouverte, donnant issue à du pus abondant, il faut penser à une erreur du diagnostic. Quelque cause passée inaperçue, probablement ostéitique entretient la suppuration. De nouvelles radiographies, l'exploration anatomique, et radiologique, après injection de lipiodol, la recherchent. Le trajet fistuleux est mis à plat, la cause première entièrement traitée. Cela sort du cadre de ce travail.

La péritonite aiguë par ouverture spontanée d'une suppuration ilio-psoïque dans la grande cavité péritonéale non cloisonnée est au-dessus des possibilités même d'un très large drainage.

De petits saignements, répétés, de la plaie opératoire, font craindre l'apparition brutale d'une hémorragie foudroyante par ulcération d'un tronc vasculaire iliaque ou fémoral. Il faut aussitôt supprimer tout

drainage, nettoyer la plaie avec prudence, la débarasser des caillots, la mécher.

Résultat fonctionnel. — Séquelles

Dès la cicatrisation, il faut s'efforcer de faire récupérer au psoas malade toute sa vigueur. Quelques mouvements passifs, et actifs sont entrepris. La température est surveillée de près. Au bout de quelques jours, on fait marcher le malade. La démarche s'affermi progressivement ; la récupération fonctionnelle, gagnant rapidement, est bientôt complète ; il n'y a aucune claudication. Tous nos malades ont guéri avec retour à une mobilité parfaite, des mouvements de flexion et d'extension normaux de la cuisse sur le bassin.

Ingelrans et Minne ont publié l'observation d'un cas du Professeur Le Fort, de Lille ou il fallut ré-intervenir pour libérer le nerf crural englobé dans la cicatrice musculaire.

OBSERVATION 56

(INGELRANS ET MINNE)

Psoïtis primitive droite à streptocoques compliquée d'arthrite séreuse coxo-fémorale. Séquelles douloureuses par inclusion du crural dans la cicatrice opératoire et ostéophyte supracotyloïdien guéries par la libération du nerf et la résection de la néoformation proliférante du sourcil cotyloïdien.

L.. Arthur, 11 ans, est amené à l'hôpital pour de violentes douleurs au niveau de la hanche droite. Rien à signaler dans ses antécédents.

Il y a environ un mois l'enfant est tombé sur le genou droit, et s'y fit deux plaies superficielles, peu étendues, mais qui s'infectèrent. La suppuration persista trois semaines environ. A cette date, c'est-à-dire huit jours avant son entrée dans le service, apparurent plusieurs ganglions assez volumineux au pli de l'aîne droite. En peu de temps, toute la région devint douloureuse ainsi que la hanche. Les mouvements devenant impossibles, l'enfant dut garder le lit ; fièvre, anorexie. C'est dans cet état qu'il entre d'urgence à l'hôpital. Cliniquement, il s'agit d'un garçon assez robuste, bien constitué. A l'inspection, on ne remarque aucune voussure, aucune déformation. Le membre inférieur droit est immobilisé en flexion — jambe sur cuisse, cuisse sur bassin — avec abduction et rotation externe. L'enfant paraît souffrir énormément à la palpation ; tout l'abdomen est douloureux mais surtout la région iliaque droite, avec contracture. Au dessus du tiers moyen de l'arcade crurale on perçoit une tuméfaction dure et très douloureuse.

Le moindre mouvement provoque de vives douleurs. La température est à 39°5 le pouls à 136 mais bien frappé.

L'enfant est opéré aussitôt (Dr Ingelrans). Incision habituelle de découverte de l'iliaque externe. On tombe sur une énorme tuméfaction profonde qui répond à la gaine du psoas. Celle-ci, tendue, est incisée, et il s'écoule une abondante quantité de liquide pyohématisé. On draine largement et l'on immobilise le membre en extension continue.

Le huitième jour, l'écoulement semble presque tari ; néanmoins la fièvre persiste. Quelques jours après, le 9 novembre 1925, la plaie a bel aspect. La fosse iliaque, plus souple, reste douloureuse à la pression profonde ; l'enfant se plaint de douleurs d'intensité variable mais de type à peu près continu, siégeant dans la région du grand trochanter. L'exploration de celle-ci ne montre rien de particulier, mais la percussion de l'os est franchement douloureuse. Tout mouvement reste d'ailleurs impossible.

Le lendemain, 10 novembre, brusque élévation thermique à 40°. Les douleurs s'accroissent mais à l'exploration clinique on ne note rien de particulier. Néanmoins, on explore le trajet de l'incision antérieure, la gaine est redevenue souple et indolore. On rétablit quand même le drainage.

Le lendemain, 11 novembre, la température continue à s'élever. L'état général est manifestement plus touché que la veille. On ponctionne sans résultat l'articulation coxo-fémorale.

Le 12 novembre, pas d'amélioration. Arthrotomie de la hanche par la voie antérieure. Écoulement d'une très petite quantité de liquide synovial d'apparence normal. Drainage. (Prof. Le Fort, Dr Ingelrans).

L'examen bactériologique du pus prélevé lors de la première intervention et du liquide synovial montre l'existence de streptocoques.

On commence une série de piqûres d'auto-vaccin streptococcique.

Dix jours plus tard, la température, baissée par l'arthrotomie, recommence à monter. Grandes oscillations de 1°5 à 2° entre matin et soir.

On continue l'auto-vaccin.

Le 7 décembre 1925, la température ne cédant pas, l'état général devenant toujours moins satisfaisant et l'écoulement tendant plutôt à diminuer, on décide de pratiquer une contre ouverture latérale.

Incision de 3 cm. à deux travers de doigt en avant du grand trochanter. Écoulement d'un pus (une cuillerée à soupe) très liquide. Mise en place d'un drain.

Irrigation de l'articulation au moyen de deux drains, antérieur et latéral.

Les jours suivants, l'écoulement diminue, la température tombe progressivement. On maintient le membre inférieur à l'extension continue.

Le 27 décembre, l'enfant est devenu apyrétique, mais le membre inférieur tendant à se remettre en rotation externe, malgré l'extension, on l'immobilise dans un appareil plâtré provisoire.

Le 9 janvier, l'enfant est guéri et sort de l'hôpital avec son appareil plâtré.

Deux mois plus tard, il revient à la consultation. L'état général est excellent, mais il persiste une gêne assez accusée dans les mouvements. Néanmoins il reprend son travail.

Ce n'est que quatre ans plus tard que nous le revoyons. Il travaille maintenant comme chaudronnier. C'est un gaillard

solide et musclé. Depuis quelques temps, il se plaint fréquemment à la fin de la journée, de douleurs apparaissant tantôt au niveau du triangle de Scarpa, et irradiant vers la face interne du genou, tantôt dans la région fessière externe, et irradiant en arrière dans la masse des fessiers.

Le repos de la nuit suffisait, en général, à faire disparaître ces phénomènes, et le garçon, au cours de son travail, très pénible d'ailleurs n'y pensait plus.

A l'examen, nous notons d'emblée au niveau de la première incision de drainage de la psöitis, une cicatrice rétractée, blanchâtre, adhérente au plan profond.

La cuisse et la jambe droites sont sensiblement moins musclées que du côté du membre sain (3 à 4 cm. en moins, environ). Il n'y a pas de raccourcissement.

La marche est aisée, rapide, mais il existe une très légère boiterie. De plus, le garçon marche, le membre inférieur droit en adduction et légère rotation externe.

La recherche des mouvements passifs nous montre une limitation nette de l'abduction ; lorsqu'on tente de dépasser 15 à 20° sur l'axe du corps on éveille une douleur que le sujet localise en avant, au niveau de la cicatrice crurale.

Ces quelques symptômes nous font penser, étant donnée la topographie des douleurs, les caractères de leur irradiation et l'existence d'une cicatrice adhérente, à une inclusion possible de filets sensitifs du crural dans la gaine du psoas, sur laquelle porta la première intervention.

On décide d'intervenir, à la demande du malade, non sans avoir au préalable pratiqué une radiographie de face qui ne montre rien d'anormal au niveau de l'article.

Incision suivant la bissectrice du triangle de Scarpa sur la cicatrice. On récline les vaisseaux fémoraux en dedans, et l'on examine la gaine du psoas. Celle-ci est souple et le psoas n'est pas tendu. En fléchissant la cuisse sur le bassin, on dégage les branches terminales du crural à la sonde cannelée. Quelques-unes adhèrent nettement à la cicatrice et au tissu cellulaire sous-jacent. Fermeture aux crins sans drainage. Guérison très simple.

On maintient une extension continue en abduction. Le jeune homme ne souffre plus et sort de l'hôpital 10 jours plus tard.

Il reprend son travail pendant une quinzaine de jours. Puis, le 7 avril 1930, il revient à nouveau à la consultation du service. Les douleurs, dit-il, ont persisté avec les mêmes caractères et sont toujours très accentuées le soir. Mais cette fois, le malade les localise plutôt dans la région fessière. Les signes cliniques sont les mêmes : limitation de l'abduction avec douleur provoquée lorsqu'on essaie d'accentuer ce mouvement.

Un nouvel examen radiologique est alors pratiqué. La tête est déformée en chapeau de gendarme, très érodée à sa partie inférieure. Le bord du cotyle est irrégulier, épaissi, densifié. L'interligne est de même très irrégulier. Le fond du cotyle est moucheté et présente des zones de décalcification et d'autres de densification. Mais ce qui frappe surtout, c'est qu'il existe au bord du sourcil cotyloïdien une prolifération osseuse très nette, en regard d'une prolifération identique de la tête fémorale.

L'hypothèse d'une gêne de l'abduction par l'intermédiaire de ces deux ostéophytes apparaît en tous points vraisemblable. L'ostéophyte annexé à la tête fémorale vient buter contre celui du sourcil cotyloïdien, et bloque ainsi l'articulation. L'amplitude de l'abduction se trouve ainsi limitée, et de plus, ce mouvement devient douloureux.

On intervient sous anesthésie générale (P^r Le Fort). Incision de Smith Petersen. Découverte de l'articulation de la hanche. Ouverture de la capsule. On trouve alors, au niveau du sourcil cotyloïdien un éperon osseux de la forme et de la taille d'une phalangette d'adulte. On le résèque en totalité, et on abrase une partie du sourcil cotyloïdien en dehors et en arrière, jusqu'à ce qu'on obtienne une abduction suffisante. On ne touche pas du tout à la tête. Fermeture de la capsule au catgut. Reconstitution des plans profonds. Fermeture de la peau aux crins, sans drainage. Pas d'immobilisation plâtrée, mais extension continue en abduction.

Huit jours plus tard, on commence à mobiliser.

Le 8 mai 1930 le jeune homme sort définitivement guéri de l'hôpital.

De temps en temps, il vient nous voir, et des exercices de gymnastique bien réglés et pratiqués journellement, lui ont permis de récupérer, outre une abduction complète, une mus-

culature crurale à peu près égale des deux côtés. Il fait de la bicyclette, travaille et ne souffre plus.

La rétraction cicatricielle du psoas est pratiquement inconnue. Même en cas de fonte étendue du muscle, la cicatrisation est toujours très bonne. Walther est le seul auteur qui ait eu à observer une rétraction en flexion du membre inférieur après une psoïtis. Cependant quelque raideur existe parfois qu'on peut facilement vaincre par le massage et l'électrofaradisation, très aisément.

PRONOSTIC

Les heureux résultats du traitement précoce des suppurations aiguës primitives de la gaine du muscle psoas-iliaque, permettent d'en appeler du pessimisme ancien. Constamment bons, ils font d'elles des affections de pronostic presque toujours très favorable.

La mort du fait d'une psoïtis primitive d'évolution normale est chose à peu près inconnue. Cependant on peut parfois observer des infections septico-pyohémiques très sévères, au cours desquelles la toxi-infection générale peut même masquer la localisation iliopsoïque et rend toute intervention locale inutile. Ce sont des éventualités heureusement rares. Rarement aussi, la septico-pyohémie survient après l'intervention, comme dans le cas suivant :

OBSERVATION 57

(POPESCU-PODEANU)

*Psoïtis droite. Mort par septico-pyohémie secondaire
(Phlébite, pleurésie).*

La jeune R... Mita, 11 ans, est hospitalisée pour tuméfaction inflammatoire lombaire droite, gêne importante de la marche, fièvre irrégulière.

Sa maladie a débuté il y a trois semaines ; en jouant avec ses camarades elle est tombée sur la région lombaire qui s'est tuméfiée, est devenue douloureuse, empêchant la marche. Un médecin, alors consulté, pense à une suppuration périrénale, et conseille aux parents d'emmener leur fille à Bucarest.

A l'examen local on constate une tuméfaction lombaire droite plus accentuée au-dessus de la crête iliaque, et dont la palpation

décèle une nette fluctuation. Les mouvements de l'articulation de la hanche sont douloureux, la flexion limitée irréductiblement. On ponctionne : on obtient du pus crêmeux, riche en staphylocoques. Examen radiologique négatif de la colonne lombaire et du bassin.

L'incision pratiquée au-dessus de la crête iliaque en arrière donne issue à beaucoup de pus. La cavité abcédée est située tout entière à l'intérieur du fascia iliaca, sans communication avec la loge rénale. Extension continue du membre inférieur. Drainage par mèches et drain. Les examens radiographiques de la colonne lombaire et du bassin sont négatifs.

La fièvre tombe, l'état général s'améliore les 7 premiers jours après l'opération. Elle remonte brusquement à 40°. Un cordon phlébitique de la saphène interne apparaît, accompagné d'oedème (on fait 2 séances de radiothérapie). L'enfant se plaint de l'hémithorax gauche, d'où la ponction ramène du pus vecteur de nombreux streptocoques. Malgré la pleurotomie de drainage, l'état général décline, la mort survient 5 jours après.

A l'autopsie on constate l'existence d'un exsudat purulent de la plèvre droite, et du péritoine. Rein et loge rénale sont indemnes de toute lésion. Le muscle psoas iliaque est atteint de lésions inflammatoires nettes.

Quelques complications redoutables, encore plus rares à la vérité, ont aussi un pronostic fatal. Une grosse embolie pulmonaire, l'hémorragie secondaire massive par chute d'une escharre de la paroi d'un gros tronc vasculaire ilio-fémoral sont responsables de la mort foudroyante du malade. La péritonite secondaire, par effraction, malgré l'intervention, emporte rapidement le malade.

L'arthrite aiguë coxo-fémorale secondaire à une psoïtis est infiniment moins à redouter de nos jours. Equivalant à un arrêt de mort pour les anciens au-

ieurs (1), elle fait donner par Gangolphe à l'« éversion » du pied, décrite par Duplay, la valeur d'un signe de gravité redoutable. Opérée plus tôt, parce que nous ne craignons pas de drainer largement et très précocement l'articulation envahie par le pus, elle n'assombrit que le pronostic fonctionnel du membre inférieur. L'ankylose est en effet presque constante. Des réveils ultérieurs de l'infection restent possibles, qui doivent inciter à réserver l'avenir, infiniment moins que pour l'ostéomyélite de la hanche, ou toute arthrite de cause osseuse. De plus, il est très rare de voir une psoïtis primitive opérée convenablement et tôt, se compliquer d'arthrite de la hanche.

Une intervention bien menée, en temps opportun, suivie de soins attentifs, permet toujours d'obtenir, malgré une suppuration même longue, une guérison excellente, et solide, sans aucune séquelle. Hormises d'exceptionnelles circonstances aggravantes, on est en droit de formuler un excellent pronostic, en présence d'une psoïtis primitive.

(1) Gangolphe écrit en 1897 à son sujet dans « *Lyon Médical* » (p. 393) : « on n'a pas publié à notre connaissance un seul fait de guérison de psoïte compliquée de suppuration articulaire ».

CONCLUSIONS

Il est beaucoup moins rare qu'on le dit classiquement d'observer des suppurations aiguës de la fosse iliaque interne, ayant pour point de départ le muscle psoas-iliaque. Nous les appelons primitives pour les opposer aux formes secondaires, plus fréquentes, dont l'origine est une suppuration des organes voisins, qui trouve dans la gaine iliaque une voie de migration aisée.

C'est surtout chez les enfants, et les adolescents jeunes qu'on les rencontre, et avec plus de fréquence parmi les garçons.

Après un début relativement brusque, douloureux et fébrile, une cuisse — presque toujours la droite — se fléchit sur le bassin, gênant la marche, puis imposant le repos. Des signes généraux d'infection soulignent ce début.

Les signes fournis par l'examen clinique sont fort importants pour le diagnostic. La palpation de la fosse iliaque — au besoin sous une courte anesthésie générale — permet de sentir un empâtement fusiforme, dur, adhérent au squelette, dans la gaine iliaque. L'articulation de la hanche est normale : il n'y a pas d'infiltration périarticulaire ; seule des mouvements, l'extension n'est pas libre.

Il faut toujours, systématiquement, rechercher avec soin par l'exploration clinique et radiologique l'existence possible d'une infection régionale responsable de la suppuration iliaque qu'on pressent.

Très souvent on trouve sur le membre inférieur malade une plaie infectée qui a pu servir de porte d'entrée aux germes. Ou bien l'infection est générale (par exemple, fièvre typhoïde). Un traumatisme paraît quelquefois pouvoir être retenu comme facteur étiologique.

L'évolution naturelle se fait vers la fistulisation à la peau : dans les lombes, la fesse, la région inguino-abdominale, la racine de la cuisse. Des complications heureusement rares, peuvent l'aggraver : rupture dans le péritoine, hémorragie foudroyante par ulcération des vaisseaux ilio-fémoraux, plus souvent arthrite coxo-fémorale par propagation à travers la bourse séreuse sous-psoïque.

Les formes cliniques sont l'expression du degré de virulence de l'infection : formes suraiguë, typhoïde, abcès tiède, forme bénigne spontanément résolutive. ..

Ces signes, peu nombreux, et très nets imposent presque le diagnostic de psoïtis aiguë. Cependant, arthrites aiguës de la hanche, appendicite postérieure aiguë, phlegmon périnéphrétique peuvent être des causes d'embarras. Encore, et jusque pendant le cours de l'intervention il faut éliminer avec certitude l'existence d'une suppuration du voisinage pour pouvoir en toute rigueur poser le diagnostic de psoïtis primitive.

Le traitement est simple :

Les formes bénignes guérissent par l'immobilisation par extension continue qui calme les douleurs et réduit l'attitude vicieuse, et le traitement anti-infectieux le plus simple (vaccinothérapie, enveloppements humides chauds) qu'on doit employer au début.

Les formes suraiguës et septico-pyohémiques graves arrivent rarement à suppuration. Seul est indiqué un traitement tonique et anti-infectieux de la septicémie, qui donne rarement des résultats.

Dès la suppuration collectée, une incision juxta-iliaque parallèle à l'arcade crurale permet d'atteindre facilement la gaine iliaque et de la drainer. Des contre-incisions, lombaire et crurale, faites en cas de nécessité, permettent un drainage complet, maintenu deux semaines en moyenne. Ce procédé simple a supplanté les trépanations du bassin et les incisions multiples systématiques préconisées par les auteurs plus anciens.

A peu près seule des complications l'arthrite aiguë de la hanche est curable, par arthrotomie — exceptionnellement avec résection de drainage de la tête fémorale — et immobilisation plâtrée.

Les résultats thérapeutiques sont très bons. La simple vidange de la gaine du psoas permet d'obtenir une guérison fonctionnelle parfaite et sans séquelle. On peut en général formuler pour les suppurations aiguës primitives du psoas-iliaque un pronostic favorable.

Ce sont des myosites aiguës franches à abcès collecté. Il est vain de discuter longuement si c'est seulement le parenchyme musculaire ou le tissu conjonctif interstitiel qui est atteint le premier. A la vérité, les lésions infectieuses du conjonctif sont les premières ; celles des fibres les suivent immédiatement et en dépendent.

Les microbes parviennent là par embolisation dans le courant sanguin à l'occasion d'une effraction cutanée ou muqueuse, au cours d'une bactériémie transitoire,

ou d'une septicémie caractérisée (par exemple typhoïde, ou pneumococcie du nourrisson). La localisation peut être favorisée par un traumatisme créant un hématome musculaire, point d'appel et de fixation des germes éventuellement en circulation dans l'économie.

Ou bien — et vraisemblablement beaucoup plus souvent — par infection lymphatique locale. Partis de plaies infectées du membre inférieur, ils atteignent (parfois en sautant le relai inguinal) les groupes ganglionnaires iliaque externe et lombo-iliaque ; et par infection rétrograde les troncs lymphatiques, et surtout les modules ganglionnaires : intra-psoïques de Bolté, sous-iliaques de Brault.

On a ainsi l'explication des quelques faits cliniques un peu surprenants de prime abord dans l'observation des psoïtis :

la fréquence dans l'enfance et l'adolescence, âges où les plaies infectées des membres inférieurs sont infiniment plus fréquentes, des formes primitives.

la présence de staphylocoques, qui infectent le plus souvent ces plaies se justifie autrement plus simplement que par une ostéite iliaque ou vertébrale ;

les phénomènes d'« irritation », de « réaction » du psoas, le « syndrome psoïte » au cours de l'évolution des adénophlegmons iliaques, ou des inflammations viscérales du voisinage ; dans ce cas l'adénite intra-psoïque est bénigne, régresse rapidement, alors que la lésion première va jusqu'au bout de son évolution.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ABATUCCI. — La psoïtis considérée comme un furoncle musculaire. — *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, Paris 1913.
- ABRAMI ET WORMS. — Sur une forme particulière de septicémie à streptocoques. — La myosite suraiguë septicémique. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, mars 1930, pages 487-494.
- ACQUAVIVA ET DAR COURT. — Ostéomyélite du cartilage conjugal de la tête fémorale. — Trépanation spontanée du cotyle. — Psoïtis gauche. — *Presse Médicale*, 1925, p. 819.
- AMAN-JEAN. — La région thoraco-lombaire étudiée plan par plan. — Etude topographique médico-chirurgicale de la région. — *Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*. Tome IV, n^{os} 1, 2, 3 ; juin-août-octobre 1929.
- ANNEQUIN. — Arthrite coxo-fémorale par psoïtis. — *Dauphiné Médical*, 1^{er} décembre 1893.
- ARMENGAU. — De l'appendicite sénile. — *Thèse*, Toulouse, 1906.
- ARROU. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 1928, p. 1472.
- D'AUDIBERT, CAILLE DU BOURGUET. — Un cas de psoïtis. — *Bulletin de la Société de Médecine Militaire française*, 1923, p. 13-15.
- AUFFRAY. — Appendiculo-psoïtis. — *Semaine Médicale*, 1892, p. 262.
- BAER, BENNET, NACHLAS (Baltimore). — Non spinal psoas abscesses. — *Journal de Chirurgie orthopédique*, 1923, Tome V, p. 590.

- BAILEY H. — Suppurating deep iliac glands. — *Practitioner*, février 1930, p. 223.
- BARRAS. — Le syndrome psoïte chez l'enfant. — *Thèse*, Lyon 1935, 1936, n° 69.
- BARROW. — Absès du psoas. — *Bulletin Médical*, 1890, p. 689.
- BARSONY, POLGAR. — Symptôme radiographique de la psoïtis. — *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, Hambourg, 1926, Vol. 34, pages 634-636.
- BARTOLUCCI. — La psoïtis. — *Revista ospedaliera (Roma)* ; *Giornale di Chirurgia et Medicina*, 1926, n° 16, pp. 109-116.
- BECK. — Absès du psoas d'origine traumatique. — *Medical Times and Gazette*, 10 février 1883.
- BEHRMAN. — Absès non spinaux du psoas. — Quatre observations dans un hôpital d'enfants. — *The Lancet*, 9 août 1930, pages 297-298.
- BÉRARD ET VIGNARD. — L'appendicite (iléo-psoïte appendiculaire).
- BERNARD. — Les phlegmons périnéphrétiques observés dans la pratique courante. — Diagnostic et traitement. — *Archives de Médecine Militaire*, 1927, n° 1, juillet.
- BESSON. — Du psoïtis secondaire à évolution tardive d'origine infectieuse puerpérale. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1903, Tome I, p. 1.930.
- BLANC ET VITANT. — Note sur un cas de psoïtis suppurée, d'origine appendiculaire. — *Loire Médicale*, 1900, XIX, pages 205-212.
- BOISSON ET SIMONIN. — Myosites infectieuses. — *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, 1895, Tome XXV, page 122.
- BOLTÉ. — Sur la présence constante de nodules ganglionnaires intercalés sur le trajet des lymphatiques des muscles du dos de l'homme. — *Annales d'Anatomie Pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, Tome XI, n° 5, mai 1934, pages 498-504.

- BONAMY ET BROCA. — *Atlas d'Anatomie descriptive du corps humain*, 1841, *Dernière partie*, n° 65.
- BONEILL. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès péri-appendiculaires rétro-caecaux. — *Thèse, Lille*, 1913.
- BONVOISIN. — Des adéno-phlegmons iliaques. — *Thèse Paris*, 1910.
- BOURIENNE. — Observations sur les abcès qui ont leur siège dans l'interstice des muscles du bas-ventre. — *Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie*, Janvier 1773, Tome XLIII.
- BOUTIGNY. — Tableaux synoptiques d'Anatomie descriptive. — Tome I, pages 95-96 et 149.
- BRAULT. — *Guide pratique de Médecine et Technique Opératoire*, 1903.
- BRAULT. — Contribution à l'étude des phlegmons de la fosse iliaque. — Sur une variété de phlegmon de la fosse iliaque interne : volumineux abcès chaud situé sous le muscle iliaque. Incision de Cooper. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 6 février 1895, p. 107 (rapport de Picqué). — *Revue de Chirurgie*, 1895, p. 246.
- BROCA. — *Leçons cliniques de Chirurgie infantile*. — 2^e Série, 9^e leçon, pages 127-128.
- BROCA. — *Traité de Chirurgie infantile*, page 995.
- BRUNON. — Contribution à l'étude de la myosite infectieuse primitive. — *Thèse, Paris*, 1887.
- BRUNSWIC LE BIHAN. — Psoïtes d'origine appendiculaire (rapport de Picqué). — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 18 janvier 1903.
- BUNGART. — Myosite aiguë isolée du petit psoas dans la fièvre de Wolhynie. — *Deutsche Medizinisch Wochenschrift*, 8 avril 1920, page 390.

- BURNE. — Psoïtis appendiculaire. — *Gazette Médicale de Paris*, 1858.
- CACCIOPOLI GUISEPPE. — Psoïtis. — Trépanation du bassin (par le procédé de M. Condamin). — Guérison. — *Il progresso Medico*, 1892.
- CARRIVE. — Sur un point particulier de l'évolution des hématomas musculaires. — Hématomes du psoas. — *Thèse de Lyon*, 1897-1898.
- CATHALA, MEGNIN, STRÉE. — Myosite suraiguë staphylococcémique. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 10 juillet 1931, n° 25, p. 1.414.
- CHABANON. — Les formes sous-péritonéales de l'appendicite. — *Thèse, Lyon*, 1906-1907.
- CHABAUD. — La psoïtis en pathologie tropicale. — *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, 1932, n° 3, mai-juin, pages 179-181.
- CHAILLET. — Contribution à l'étude des myosites infectieuses. — Myosites staphylococcémiques. — *Thèse, Paris*, 1933.
- CHALIER ET Mlle GARDETTE. — Volumineuse psoïtis d'origine indéterminée chez un cryptorchide. — *Lyon Médical*, 1914, page 921.
- CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage chirurgical, 1850, Tome II, p. 273.
- CHASTENET DE GÉRY. — Un cas d'hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 19 décembre 1928, pages 1.466-1.472.
- CHAVANNAZ ET HOBBS. — Ostéomyélite aiguë du bassin, à foyers multiples. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1900, n° 29.
- CHEVASSU. — Les phlegmons périnéphrétiques. — *Pratique Médico-Chirurgicale*. Tome VI, 1931.

- CLERGET. — Contribution à l'étude de l'ilioypoïte et recherches sur sa pathogénie. — *Thèse, Paris*, 1909.
- CLOQUET. — Observation de psoïtis, suivie de quelques réflexions. — *Archives générales de Médecine*, 3^e série, Tome XIII, 1842, p. 35.
- COHEN-SOLAL. — Les psoïtis chez l'enfant et l'adolescent. — Etude clinique et thérapeutique. — *Algérie Médicale*, juillet 1934, pages 475-484. (Numéro spécial consacré à la chirurgie).
- COMTE. — Adéno-phlegmon de la fosse iliaque droite. — *Bulletin de la Société de Médecine militaire française, Paris*, 1910, Tome IV, pages 102-110.
- CONDAMIN. — Recherches anatomiques sur la trépanation du bassin chez un enfant. — *Province Médicale*, 1892. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1893, n^o 9.
- CONDAMIN. — Trépanation du bassin, comme traitement de la psoïte. — *Thèse, Lyon*, 1888, série 1, n^o 423.
- CORNIL ET RANVIER. — *Manuel d'histologie pathologique*. — Tome II. — Les myosites infectieuses ; article de Durante.
- COSTE. — Psoïtis simulant une appendicite. — *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, 1905, Tome XIX, pages 543-545.
- COSTE L. R. — Etude sur quelques cas d'hématomes de la fosse iliaque droite ayant simulé l'appendicite. — *Thèse, Paris*, 1900.
- COURAUD. — Psoïtis et appendicite. — *Thèse, Lyon*, 1894-95.
- COURVOISIER. — Des psoïtis. — *Thèse, Paris*, 1852.
- COYNE. — *Traité élémentaire d'Anatomie Pathologique*, 1894, pages 384-385.
- COZZI. — Igroma della psoas complicato di ascesso ossifluente. — *Folia medica (Napoli)*, 15, du 15 novembre 1929, p. 1.635.

- DANCE. — Mémoire sur l'odeur fétide et stercorale de certains abcès développés dans l'épaisseur de la paroi abdominale. — *Archives générales de Médecine*, Tome XXX, 1^{re} série, 10^e année, p. 156.
- DAUM. — Un cas d'abcès du psoas à évolution aiguë non bacillaire. — *Beitrag fur urologie*, Tome XXVI, 1931, p. 397.
- DAWINSON. — Psoïte traumatique. — *Edimburg's medical and surgical journal*. Juillet 1841. — Traduit par Giraldes in *Annales de Chirurgie française et étrangère*, 1841, Tome II, p. 50.
- DEBIERRE. — *Traité élémentaire de l'anatomie de l'homme*, 1890, Tome I.
- DECHAMBRE, MATHIAS DUVAL, LEREBoullet. — *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, 1897, p. 1359.
- DEHERRIPON ET LAMORIL. — L'attitude coxalgique, signe précoce du phlegmon périnéphrétique chez l'enfant. — *Communication à la Société anatomo-clinique de Lille*. — *Courrier Médical*, n° 43, oct. 1929, p. 583.
- DELBET. — Un cas d'hygroma de la bourse séreuse du psoas. — *Bulletins et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 1902.
- DELBET PIERRE. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891, pages 173-236.
- DELBET PAUL. — Iléo-psoïte appendiculaire. — *Progrès Médical*, 15 décembre 1902.
- DELORE ET JOUVE. — Psoïtis consécutive à une cholécystite lithiasique. — *Société des sciences médicales de Lyon*, avril 1797.
- DESPRÈS. — Origine angioleucitique des phlegmons iliaques. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 juin 1874 et *Livre de Chirurgie journalière*, 1877 et 1881.
- DIONIS DES CARRIÈRES. — Etude sur la myosite. — *Thèse, Paris*, 1851, n° 8.

- DONIUS. — Psoïtis actinomycosique. — *Thèse, Lyon, 1904-1905.*
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, Tome VII. — Article de Walther : « Des psoïtes ».
- DUPUYTREN. — *Leçons orales de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1839, Tome III, pages 529-535.
- DURVILLE. — L'hygroma de la bourse séreuse du psoas. — *Thèse, Paris, 1895.*
- DUVAL ET GATELLIER. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, Tome IV, Pathologie de l'abdomen, p. 684.
- ELIOT. — Gangrène primitive de la graisse rétro-péritonéale. — *New-York, presbyterian hospital's Reports*, 1897.
- EWANS. — Psoas abscesses. — *Médical Presse and Cir., Londres*, 1911, XCI, p. 308.
- FABRICE DE HILDEN. — *Observationum et epistolarum Chirurgico-Medicarum*, Tome I, 1716.
- FERRAND. — Du psoïtis. — *Thèse, Paris, 1851.*
- FERRUS. — *Dictionnaire Médical en 30 volumes.* — Article psoïtis.
- FLOURENS. — Les psoïtis ; suppurations de la gaine du psoas-iliaque. — *Thèse, Toulouse, 1924-1925*, n° 26.
- FORGUE. — *Précis de pathologie externe*, Tome I. — Pathologie des muscles, pages 621-622.
- FORGUES ET RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale.*
- FOUCART. — Les polymyosites primitives. — *Thèse, Paris, 1907.*
- FOUQUET. — Adénophlegmons de la fosse iliaque. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1910. Tome XXI, pages 245-247.
- GABAS. — Contribution à l'étude des suppurations aiguës du muscle psoas et de sa gaine. — *Thèse, Lyon, 1930-1931.*
- GANGOLPHE. — Psoïtis et traumatisme direct. — *Lyon Médical*, 1897, Tome LXXXIV, p. 125.

- GANGOLPHE. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1885.
- GANGOLPHE. — *Société de Chirurgie, Lyon*, 1900.
- GANGOLPHE. — De l'attitude du membre inférieur dans la psoïte suppurée. De sa signification pronostique. — *Lyon Médical*,
- GANGOLPHE. — Psoïtis et appendicite. — *Lyon Médica'*, 1897, Tome LXII, p. 393.
- GANGOLPHE. — De la trépanation du bassin dans la psoïte suppurée. — *Revue de Chirurgie*, 1889, p. 241.
- GANGOLPHE. — Psoïtis et appendicite. — *Lyon Médical*, 1894, Tome LXXVI, p. 582.
- GARCIA. — L'adénite iliaque aiguë. — *Semana Medica*, n° 41, 8 octobre 1931, p. 1.160.
- GATCH ET GREEN. — Hygromas de la bourse séreuse du psoas. — *Annals of surgery*, 1925.
- GENDRIN. — Un cas de psoïtis rhumatismal. — *Historique anatomique des inflammation*. Tome III, 1826, p. 188.
- GENDRIN. — Psoïtis au cours du rhumatisme articulaire aigu. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1837.
- GESTEIRA MARTAGO. — Sobres doues casos de provavel psoïte syphilitica. — *Archivos Americanos de pediatria*, n° 1, 1920, traduit in *Archives de Médecine des enfants*, 1921, p. 320.
- GILBERT ET LITTRÉ. — *Dictionnaire de Médecine, Chirurgie, Pharmacie, Art vétérinaire*, 1908, pp. 1.371-1.372.
- GIVEN. — Iléo-psoïte suppurée. — *Long Island's Medicine Journal (Brooklyn)*, 1926, Tome XX, pp. 456-459.
- GLEIZE. — Psoïtis double suppurée. — *Archives de Médecine et Pharmacie Militaires*, 1894, Tome XX IV, pp. 316-321.
- GOSSELIN. — Absès du psoas, avec décollement épiphysaire spontané. — *Gazette des Hôpitaux*, 1879 p. 569.

- GOULLIoud. — Les ostéites du bassin. — *Thèse, Lyon*, 1883.
- GOUNELLE. — Psoïtis confondue avec arthrite coxo-fémorale. — *Bulletin de la Société de Médecine Militaire française*, 1929, pp. 15-79.
- GRAVERRY. — Quelques cas de chirurgie pratique — de l'adénite iliaque cause du phlegmon iliaque. — *Thèse, Paris*, 1883.
- GRIFFAULT et MOREAU. — Sur un cas de psoïtis. — *Poitou Médical*, 1897, Tome XI, pp. 79-83.
- GRIFFITH. — *Saint-Bartholomey's hospital's Reports*, 1880, Tome XVI, p. 285.
- GRIFFITH EWANS. — Absès enkysté du psoas. Opération. Guérison. — *British Medical Journal*, 1925, 17 janvier.
- GRISOLLE. .. *Traité de Pathologie interne*, Tome I. — Des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques, pp. 572-601. — De la psoïte, pp. 604-605.
- GUENEAU DE MUSSY. — Psoïtis puerpérale. — *Gazette des Hôpitaux*, 1831.
- GUÉRIN. — De la diathèse purulente. — *Thèse, Paris*, 1847.
- GUIBAL. — *Sémiologie Chirurgicale*, pp. 231, 271, 284.
- HAUSSMANN. — Palpation et douleur du psoas. — *Müncher Medizinische Wochenschrift*. Tome XL, n° 45, 11 nov. 1913.
- HEMMER. — *Zeitschrift für Gebersthülfe*. — Berlin, 1830, Tome IV, p. 31.
- HEURTAUX. — *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique de Jaccoud*. — Article Psoïtis.
- HOFFMANN. — Ueber die Neubildung Quergestreifter muskelfasern insbesondere bemi typhus abdominalis. — *Virchow's Archives*, 1867, Tome XL.
- HOLSCHER. — Ueber die complicationen bei 2000 Fällen von letalen Abdominaltyphus. — *München Medizinische Wochenschrift*, 20 janv. 1891.

HUARD. — Les hygromas de la bourse séreuse du psoas. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1929.

— Les myosites infectieuses en milieu colonial. — *L'hygiène sociale*, n° 74, 25 mars 1931, pp. 1477-1481. — *Journal de Médecine coloniale* du 30 juil. 1931. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 1934, n° 19, 9 juin, p. 816.

HUSSON ET DANCE. — *Mémoire sur quelques engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite.* — *Répertoire d'Anatomie et Physiologie de Breschet*, 1827.

INGELRANS ET MINNE. — Onze observations de psoïtis chez des enfants et des adolescents. — *Rapport de M. A. Mouchet à la Société Nationale de Chirurgie*, 1931, n° 8, pp. 349-353.

INGELRANS ET MINNE. — Les psoïtis chez l'enfant et l'adolescent. — *Archives franco-belges de Chirurgie*, Tome XXXII, n° 12, décembre 1930. — *Revue d'Orthopédie*, n° 6, 1933, p. 577. — *Analyse de Mouchet et Roederer in Paris Médical* (*Revue annuelle de chirurgie infantile et d'Orthopédie*), 16 juin 1934.

ISRAEL (I. et W.). — Psoïtis et abcès périrénal. — *Chirurgie der Niere n. d. Harnbeiterers*, Leipzig, 1925.

JAURÉGUI et JOSÉ MONTSERRAT. — Deux cas de kystes hydatiques calcifiés du psoas. — *Annales d'Anatomie Pathologique*, 1932, pp. 345-370.

JEANDIDIER. — Traitement du psoïtis aigu. — *Thèse, Lyon*, 1899.

JOLY. — Hygromas suppurés de la bourse séreuse du psoas. — *Thèse, Paris*, 1847.

JUDD. — A case of puerperal psoïtis. — *Brooklyn's medical Journal*, 1903, Tome XVII, p. 66.

KLACES. — Abcès non bacillaire du psoas chez l'enfant. — *Beitrag zur Klinische Chirurgie*. Tome 158, 1933, pp. 171-180.

KLEIN. — Psoïtis. — Hématome enflammé du psoas, d'origine traumatique, datant de deux mois. Laparotomie. Mort par hémorragie. — *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, Paris, 1897, p. 279.

KNAPP. — Myosite traumatique. — *Medical Records*, Tome LXXXI, n° 31, 1912.

KOENIG. — *Traité de Chirurgie spéciale*.

KRAFFT-EBING. — Psoas abcess bei typhus. — *Deutsch archives fur Klinische Medizine*, Tome VII, 1870.

KYLL DE WESEL. — Mémoires sur la psoïte et les abcès du psoas. — *Rust's magazine*, Tome XLI et *Archives générales de Médecine*, 1832, 2^e série, Tome VI.

LAFFONT et EZES. — Psoïtis suppurée post-abortionum. — *Communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger*, Séance du 9 déc. 1933, *Algérie Médicale*, sept. 1934, pp. 629-630.

LARDENNOIS. — Pronostic et traitement du psoïtis. — *Union Médicale du Nord-Est*, 1901, Tome XXIV, pp. 1-6.

LARDENNOIS. — Iléo-psoïte appendiculaire. — *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1907, p. 362.

LARGER. — De la polymyosite aiguë infectieuse primitive à foyers multiples. — *Thèse, Paris*, 1891.

LAROYENNE et JARRICOT. — Sur une observation de psoïtis au cours d'une ostéomyélite vertébrale. — *Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*, 10 déc. 1930.

LAROYENNE et COMTE. — Psoïtis et abcès périnéphrétique d'origine métastatique, consécutifs à un abcès de la prostate. — *Présentation du malade à la Société de Médecine de Lyon*, 7 nov. 1923.

LEBERT. — Discussion sur l'observation de Vigla (v. infra) à la *Société anatomique*, 1837, pp. 204-205.

- LECÈNE. — *Précis de Pathologie Chirurgicale*, Tome I, *Pathologie des muscles*, pp. 440-441.
- LECÈNE. — *Pratique médico-chirurgicale*. — Article *Psoïtis*, Tome VII, 1911, p. 191.
- LECÈNE et LERICHE. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, Tome I, *Maladies des muscles*, p. 182.
- LECLERC. — *Psoïte aiguë suppurée*. — *Anjou Médical* (Angers), 1898, pp. 142-152.
- LE DENTU. — *Des myosites infectieuses*. — *Cliniques Chirurgicales de l'hôpital Necker*, Paris, 1904, p. 231.
- LEDUAN. — *Observations de Chirurgie*, Paris, 1731.
- LE FORT et INGELRANS. — *Ostéomyélites vertébrales à forme atténuée*. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Tome LIV, n° 34, 22 déc. 1928, pp. 1445-1450. — *Revue d'Orthopédie*, 1929, pp. 264-265.
- LEPLAT. — *Arthrite sacro-iliaque, psoïte suppurée, infection purulente. Mort, Autopsie*. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1889, Tome II, pp. 89-91.
- LEUDET. — *Psoïtis appendiculaire*. — *Archives générales de Médecine*, 1859. — Tome XIV, p. 319.
- LIBOUROUX. — *Nouveau traitement du psoïtis et des abcès pelviens par le drainage trans-iliaque*. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1892, n° 3, Tome I, pp. 259-267.
- LE ROY DES BARRES. — *La polymyosite des pays chauds*. — *Revue d'Hygiène et de Médecine tropicales*, 21 mars-avril 1929, pp. 33-49.
- LESTIBOUDOIS. — *Dissertation sur la psoïtis*. — *Thèse, Paris*, 1818.
- LETULLE. — *L'inflammation*.
- LEVESQUE. — *Les fistules purulentes de la fosse iliaque droite*. — *Thèse Paris*, 1904.

- LITTRÉ. — *Dictionnaire de Médecine, Pharmacie, Chirurgie, Art vétérinaire*, 1884, p. 1313.
- LOBSTEIN. — *Gazette Médicale*, 1834, n° 32.
- LOBSTEIN. — *Traité d'Anatomie et de Pathologie*, 1833, Tome II, p. 361.
- LOMBARD. — Quatre cas de psoïtis chez l'enfant. — *Société de Chirurgie d'Alger*, fév. 1930.
- LOMBARD. — Deux cas de psoïtis à pneumocoques. — *Algérie Médicale*, fév. 1933 (Numéro spécial consacré à la chirurgie infantile).
- LOVE. — Adénitis of iliac glands. .. *The Lancet*, 19 juillet 1930, p. 135.
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Rôle des lymphatiques dans les inflammations utérines. — *Archives de Tocologie*, 1875.
- LYOT. — *Traité de Chirurgie* (Le Dentu et Delbet). — Article Psoïte, 1896, Tome III.
- MAC DONALD. — Contractured psoas parvus tendons, their significance and clinical relationship to lesions of the right iliac region. — *Surgery, Gynecology, and Obstetrics* (Chicago), 1914, Tome XIX, pp. 215-218.
- MAC KENNA. — Suppurative myositis of psoas-iliacus suggesting renal pathology. — *American Journal of surgery*, Tome VIII, Janv. 1930, p. 118.
- MANJOT. — Du psoïtis. — Thèse, Paris, 1860.
- MARCANO. — De la psoïte traumatique. — Thèse, Paris, 1877.
- MARCHAL. — Des abcès phlegmoneux intra-pelviens. — Thèse, Paris, 1844.
- MASSABUAU, GUIBAL ET LAUX. — Ostéomyélite de la fosse iliaque interne. Psoïtis. Luxation pathologique de la hanche. — *Bulletin de la Société médicale et biologique de Montpellier*, 12 fév. 1926, 7^e année, fasc. 4, pp. 159-163.

- MAUCLAIRE ET AMAUDRUT. — L'iléo-psoïte appendiculaire. — *Archives Générales de Chirurgie*, Tome VI, n° 1, 1912.
- MAYET et LEDOUX. — Psoïtis post-scarlatineuse. — *Journal des Praticiens*, Mars 1924, n° 13.
- MAXON. — Hémorragie grave par rupture du psoas. — *Beitrag zur Klinische Chirurgie*, Tome 146, 1929, pp. 146-179.
- MENIERE. — Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. — *Archives Générales de Médecine*, 1828, Volume XVII, p. 188.
- MÉNÉTRIER et HÉBERT. — Absès iliaque consécutif à une appendicite ancienne ayant déterminé la formation d'une cavité close avec migration anormale du pus formé dans cette cavité. — *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1901, pp. 635-637.
- MERCIER. — Discussion sur l'observation de Perrochaud (v. infra). — *Bulletin de la Société anatomique*, 1837, pp. 209-211.
- MICHEL et DELORE. — Hémorragie secondaire au cours d'une psoïte appendiculaire. — *Société des sciences médicales de Lyon*, 15 Janv. 1913. — *Lyon Médical*, 1913, Tome I, p. 561.
- MIYAMOTO. — Un cas de psoïte causée par des nématodes avec réflexions sur le rôle des ascaris en chirurgie pratique. — *Taiwan Igakkai Zasshi*, (Abstract Section), n° 31, Oct. 1931, pp. 103-104.
- MOORE. — Infection of retroperitoneal lymphatics. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Tome XV, 1912.
- MORESTIN. — Streptococcie d'origine puerpérale. — Absès latéro pelvien ; psoïtis consécutive. — *Bulletin de la Société anatomique*, Juin 1900.
- MORESTIN. — Les formes bénignes de psoïtis. — *Revue de Chirurgie*, 1900, p. 424.
- MORESTIN. — Des formes bénignes de la psoïtis. — *XIII^e Congrès*

- international de Médecine de 1900 (Section de chirurgie générale).
- MOURA. .. Psoïtis et abcès périnéphrétique. — *Sao-Paulo Gazetta clinica*, Tome XI, n° 1, 1913.
- DE LA MOTTE. — Traité de Chirurgie. — Editions de 1742 et 1771, Tome I, p. 278.
- NICOLAS, LEBEUF et CHARPY. — Association de chancrelle et de lymphogranulomatose. Psoïtis au cours de l'évolution du bubon. — *Réunion dermatologique de Lyon du 28 Janv. 1931*. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Tome XXIX, 1931, p. 332.
- NIEWEG. — Abscess of liver and right psoas muscle, secondary to gangrenous appendicitis. — *United States Veterinary Medicine*. — Bulletin V, n° 58, Janv. 1929.
- NISHIWO. — Statistical study of acute psoïtis in inhabitants of Kumamoto J. *Kumamoto M. Soc.* 10 : 1344, 20 nov. 1934. (*Index Medicus* 1935, 17).
- NOBÉCOURT et MATHIEU. — Le purpura dans les pneumococcies des nourrissons. — *Archives de médecine des enfants*, 1920, pages 689-699.
- OMBREDANNE. — *Nouveau Traité de Chirurgie* (Le Dentu et Delbet), Tome IX, Maladies des muscles.
- OMBREDANNE. — *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*, 1931, page 719.
- PAITRE et BERTEIN. — Psoïte suppurée appendiculaire. — Rapport de Tavernier à la *Société de Chirurgie de Lyon*, 12 avril 1923, *Lyon Médical*, 1923, p. 645.
- PALES. — Les myosites et pseudo-myosites dans le milieu indigène en A. E. F. — *Annales de Médecine et Chirurgie coloniales*, Tome XXXI, pp. 512-530. Résumé par Pergola dans le *Journal de Chirurgie*, 1934, Tome XLIV, n° 2, août.
- PANTELAKISS. — Cachexie palustre. — Psoïte et péricardite suppurées. — *Archives de Médecine*, 1898, Tome I., p. 620.

- PAQUY. — De l'adénite iliaque considérée comme cause des phlegmons et des abcès de la fosse iliaque. — *Thèse, Paris*, 1876.
- PASQUIER. — Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite de l'os iliaque. — *Paris, Thèse*, 1900.
- PERGOLA. — Myosites (Masson et Cie). — *Thèse, Paris*, 1935.
- PEROT. — Considérations sur la polymyosite aiguë. — *Thèse, Paris*, 1926.
- PERROCHAUD. — Ouverture d'une psoïtis dans le péritoine. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1837, Tome XII, p. 205.
- PETIT ALEXIS. — Contribution à l'étude de la psoïte. — *Thèse, Paris*, 1893.
- CHRIST PFENFER. — *Journal de Chirurgie et d'Ophtalmologie de Greffe et Walter*, Volume XX, n° 4, 1834.
- PHÉLIP. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas. — *Bulletin de la Société nationale de Chirurgie*, 18 juin 1930, p. 845.
- PICARD. — La périnéphrite primitive. — *Thèse, Paris*, 1860, n° 200.
- PIGEON et BERNASCONI. — Kyste hydatique du psoas. Hydronéphrose par compression et déviation de l'uretère. Intervention. Guérison. Séance du 11 juillet 1927 de la Société française d'urologie. — *Journal d'Urologie*, Tome XXIV, août 1927, pp. 174-177.
- PIOTAY. — Essai sur les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques développées dans les annexes de l'utérus. — *Thèse, Paris*, 1837.
- PIQUET. — Les arthrites de la hanche dans l'ostéomyélite de l'adolescence et de la seconde enfance (Travail du service du Pr. LE FORT, de Lille). — *Revue d'Orthopédie*, 1927, page 57.
- VAN DER PLAATS. — Ein Fall von veikalkten psoas abszessen. — *Röntgenpraxis*, Tome I, 1^{er} novembre 1929, p. 807.

- POIRIER. — *Traité d'Anatomie humaine*. — Volume IV, p. 381. —
JONNESCO. Péritoine. — Tome II. — POIRIER et RICHER,
Myologie.
- POLAILLON. — Embolie cardiaque au cours d'une psoïte suppurée.
— *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1879,
Tome IV, p. 339.
- POLAK. — A case of post-puerperal psoïtis. — *Brooklyn's Medical
Journal*, 1903, Tome XVII, p. 427.
- POPESCU SÉVERIN et PODÉANU. — La psoïte primitive chez l'en-
fant. — *Spitalul* an. 54, n° 6, juin 1934, pp. 269-273.
- POSTINA. — Etude sur la propagation des abcès profonds de la
région hypogastrique. — *Thèse, Paris*, 1901-1902.
- POUCEL. — Contribution à l'étude de la psoïtis chez l'enfant
d'après dix observations personnelles. — *Marseille Médical*,
Tome I, 15 avril 1929, p. 531.
- POUCEL. — Fermeture sans drainage après opération pour psoïtis.
Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chi-
rurgie de Marseille*, séance du 4 mars, Tome II, avril 1929,
n° 4, page 308.
- PROTICH. — Des phlegmons de la fosse iliaque. — *Thèse, Paris*,
1850.
- RAVATON. — *Traité des playes d'armes à feu*. — *Thèse, Paris*, 1750.
- RICORD. — Typhlite, pérityphlite et appendicite. — *Gazette de,
Hôpitaux*, 1891.
- RIVINGTON. — Clinical lectures on varieties of psoas abscesses
with remarks on diagnosis and treatment. — *The Lancet*,
1874, Tome II.
- ROCHARD, STERN, DUPLAY, DEMOULIN. — *Diagnostic chirurgical*,
8^e édition, 1928, pp. 1056-1057.
- ROCHER et MALAPLATE. — Psoïtis suppurée primitive à staphy-
locoques chez l'enfant. — *Société de pédiatrie*, 18 dé-
cembre 1928.

- ROESELER. — Des abcès phlegmoneux des muscles. — *Thèse, Paris, 1875.*
- ROGER. — Appendicite et psoïtis. — *Presse médicale, 1900, Tome 2, p. 189.*
- ROGERS. — Abcès du psoas, suite d'infection rétropéritonéale. — *The American Journal of Orthopedic surgery, Tome IX, n° 2, nov. 1911.*
- ROLLAND. — Trois cas de psoïtis primitives. — *Archives de Médecine et Pharmacie navales. 1934, 124, pages 210-217.*
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine, descriptive et topographique, 1927.
- ROUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques de l'homme, 1932, pp. 265-266 et 283-293.
- ROY. — Etude sur la psoïtis traumatique. — *Thèse, Paris, 1873.*
- SABRAZES. — Myosites aiguës typhoïdes et paratyphoïdes. — *Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'Anatomie pathologique, fasc. 2, 1922.*
- SALMON et DOR. — Les artères des muscles, 1923.
- SALOMON (de St-Petersbourg). — Anévrysme de l'iliaque. Opération. Psoïte consécutive. Mort. — *Zeitschrift für die Gesamnte Médecine, Tome XII, 39, p. 360.*
- SANTI. — Psoïtis et adéno-abcès de la fosse iliaque. — *Annali ita'iani di Chirurgi, Vol. 14, n° 8, août 1935.*
- SAPPEY. .. *Traité d'Anatomie descriptive, volume 2, 3^e édition, p. 262.*
- SAVARIAUD. — Les phlegmons iliaques. — *Presse Médicale, 1905, n° 19, pp. 146-147.*
- SAVARIAUD. — Les adénites de la fosse iliaque qui simulent la coxalgie. — *Société de Pédiatrie, 9 juin 1914, p. 358.*
- SCHLUETER (S. A.). — Cleveland Ohio). — Arrachement du petit

trochanter. — *The Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. VIII, n° 4, oct. 1926.

SÉDILLOT. — Mémoire sur la rupture musculaire. — *Mémoires de la Société de Médecine, Paris*, 1817.

SOLIER et HUARD. — Hygroma aigu suppuré de la bourse séreuse du psoas-iliaque à droite et psoïtis lombo-iliaque à gauche. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*. Tome II, 3 déc. 1928, p. 176.

SOLIER et HUARD. — Remarques anatomo-cliniques et opératoires sur les hygromas de la bourse séreuse du psoas iliaque. Séance du 8 avril 1929, Ibidem. — Tome II, n° 5, mai 1929, pp. 357-365.

SOMEIL. — Absès des muscles dans la fièvre typhoïde. — *Thèse, Paris*, 1894-1895.

SMITH. — Absès du psoas. — *International Journal of Surgery*, 1889, p. 62.

SORREL. — Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 1929, n° 5, 2 fév., pp. 98-100.

SOULAYROL. — De la psoïtis post-grippale. — *Thèse, Bordeaux*, 1909.

SPELISSY. — Abscesses in the right iliac region and other lesions not of gynecologic or appendiceal origin, mistaken for appendicitis. — *Annals of surgery (Philadelphie)*, 1902, Tome XXXV, pp. 758-759.

SFILMANN et OSTICONI. — Absès du psoas, consécutif à une ostéite coxo-éberthienne. — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie (Nancy)*, Tome I, 1914, pp. 218-220.

SRINIVASAN. — Absès aigu du psoas. — *Indian Medical Gazette. Calcutta*), n° 69, August 1934, pp. 447-448.

STERN. — *Diagnostic chirurgical*, 8^e édition du livre de Duplay et Rochard, 1928, pp. 1056-1057.

- SWORN B. — (Stafford). — Abscès du psoas, à évolution aiguë. — *The British Medical Journal*, n° 3782, 1^{er} juillet 1933, pp. 6-7.
- TERRILLON. — Trépanation de l'os iliaque pour abcès profond du bassin. — *Rapport à la Société de Chirurgie*, nov. 1888 et *Annales d'Orthopédie et de Chirurgie pratiques*, 1890, page 10.
- TESSIER. — Mémoire sur la diathèse purulente. — *Journal l'Expérience*, 1838.
- TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine*.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie topographique avec applications chirurgicales*.
- TESTUT et LATARJET. — *Traité d'Anatomie humaine*, Tome I, Myologie, pp. 984-995.
- TILLAUX. — *Traité d'anatomie humaine, avec applications à la chirurgie*, 10^e édition, 1900, pp. 698-711.
- TOPA, CRACIUN et DINISCHIOTU. — Un cas de psoïte rhumatismale bilatérale. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*. — Année XVI, n° 4, avril 1934.
- TUSSAU. — *Traité de symptomatologie clinique*, pp. 187-201.
- TYLER. — Abscès non d'origine vertébrale du psoas. — *Journal de Chirurgie de la Caroline (Medical Association)*, n° 23, 1^{er} sept. 1927, pp. 466-469.
- URECHIA. — Abscès de la moëlle épinière et de la région paravertébrale correspondante. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 3 mai. — *Bulletins et Mémoires* du 20 mai 1935, pp. 809-811.
- VANUCCI et DI CUNTO (Sao-Paulo). — Psoïtis réactionnelle de cause rare et de symptomatologie étrange. — *Revue d'orthopédie*, 1934, 4 juillet, pp. 336-338.
- VASSEROT. — L'hygroma chronique simple de la bourse séreuse du psoas iliaque. — *Thèse, Paris*, 1933.

- VELPEAU. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1840, Tome III.
- VELPAU. — *Traité complet d'Anatomie chirurgicale*, Paris, 1837.
- VERDUN. — La psoït.s. — *Revue Générale*. — *Gazette des Hôpitaux*, 1909, pp. 1363-1369 et 1369-1402.
- VERGE-BRIAN. — Lymphatiques des muscles du membre inférieur. — *Annales d'Anatomie pathologique*, 1929, p. 673 (compte rendu de la séance de la *Société Anatomique de Paris* du 6 juin 1929).
- VERNEUIL. — Abscès de la bourse séreuse du psoas, simulant la coxalgie. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1865, p. 33.
- VIERHUFF. — Zur etiologie der psoas abscessen. — *Saint-Petersburger Medical Woschenchrift*, 1905, Tome XXX, p. 279.
- VIGLA. — Abscès de la fosse iliaque et de la région lombaire du côté droit, survenu lentement et après un accouchement normal. Ouverture du foyer par 3 incisions de la fosse iliaque. Mort 3 jours après l'opération, 55 jours après l'accouchement. — *Bulletin de la Société Anatomique*, sept. 1837, pp. 197-203.
- VILLENEUVE. — Psoïte post-puerpérale. — *Clinique de Chirurgie de Marseille*, Tome I, 1888-1889.
- VINCENT. — *Dictionnaire encyclopédique de la Société Médicale*. — Article Psoïtis, 1884.
- VINCENT. — *Dictionnaire de DECHAMBRE*. — Article Psoïtis.
- VIRCHOW. — Rupture du psoas. — *Die Krank Geschevulst*, 1893.
- WALTHERS. — Abscès aigu du psoas associé à des reins doubles. — *The British Medical Journal*, n° 3863, 25 nov. 1933.
- WEISS. — Etude sur la trépanation de l'os iliaque appliqué au traitement de certaines lésions de la fosse iliaque interne. — *Thèse, Paris*, 1880.
- WILSON. — Apparently unavoivable errors ou the diagnosis of

psoas abscesses. — *American Medicine (Philadelphia)*, 1905, Tome X, pp. 55-57.

WITHMORE. — Observations sur un psoïtis suppuré et sur une perforation de l'intestin colon avec abcès stercoral. — *Journal général de médecine et chirurgie*, 1828.

WOLKOW et DELITZIN. — Psoïtis et abcès périnéphrétique. — *Die wanderniere ; Ein Beitrage Pathologie der intraabdominalen Gleichgewichts*, 1899.

WOOD. — Post-puerpéral psoïtis. — *American Surgery (Philadelphia)*, 1899, Tome XXIX, pp. 143-154.

YOSHIO OSAWA. — Polymyosite purulente aiguë au Japon. Son origine. — *Brun's Beitrage zur Klinische Chirurgie*, Tome CXLVII, n° 1, 1929.

YOUNG. — Opération de Trèves pour abcès du psoas. — *American Surgery*, 30 oct. 1910.

ZENKER. — Ueber die Wanderungen der Willkurbacher muskeln in typhus abdominalis, Leipzig, 1864. — Traduit et abrégé par Fritz in *Archives générales de Médecine*, août et sept. 1865, p. 143.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	19
PREMIERE PARTIE	
HISTORIQUE	27
TRAVAUX ANCIENS	27
TRAVAUX MODERNES	40
TRAVAUX RÉCENTS	45
RESUME-DEFINITION	50
DEUXIEME PARTIE	
ETUDE ANATOMOCLINIQUE	53
ETUDE ANATOMIQUE. — RAPPEL D'ANATOMIE NORMALE.	
Le canal iliaque	53
Son contenu et son irrigation	62
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	66
ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE :	
a) siège, dimension, étendue des lésions	72
b) parois de l'abcès	73
c) propagations du pus	74
d) contenu de la collection	75
HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE	76
ETUDE CLINIQUE :	
I. — Symptomatologie	79
a) Conditions générales d'observation.....	79
b) Période de début	79
c) Période d'état	83
d) Evolution	103
e) Complications	106

	Pages
II. — <i>Formes cliniques</i>	117
III. — <i>Diagnostic</i>	118
a) positif	119
b) différentiel	120
c) radiologique	128
d) opératoire	129
 TROISIEME PARTIE 	
ETIOPATHOLOGIE. — INTRODUCTION	133
LES CAUSES DÉTERMINANTES DE L'INFECTION	134
Les germes microbiens en cause	134
Le rôle de la bactériémie	141
Causes prédisposantes locales	143
Le rôle de l'infection lymphatique locale	155
CONCLUSION	157
 QUATRIEME PARTIE 	
ETUDE THERAPEUTIQUE	161
LES INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT	161
LE TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE	162
LE TRAITEMENT MÉDICAL	164
LE TRAITEMENT CHIRURGICAL (indications et techniques)	168
<i>Les méthodes de drainage :</i>	
I. — Historique	169
II. — La trépanation du bassin	171
III. — Les incisions des parties molles	177
a) uniques	177
b) multiples	180
c) le procédé de choix	183
<i>Les soins post-opératoires</i>	188
<i>Traitement des complications</i>	189

	Pages
RÉSULTATS FONCTIONNELS — SÉQUELLES	191
PRONOSTIC	197
CONCLUSIONS	201
BIBLIOGRAPHIE	207

Le Président du Jury,
P. LOMBARD.

VU : *Le Doyen,*
E. LEBLANC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Alger, le 3 Janvier 1936.

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
ROUYER.



